



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Comunitária
Relatório de Estágio**

**Adesão ao Regime Medicamentoso das Pessoas
Idosas Polimedicadas em Contexto Comunitário**

Rafael António Barbosa Alves

**Lisboa
2020**

**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Comunitária**
Relatório de Estágio

**Adesão ao Regime Medicamentoso das Pessoas
Idosas Polimedicadas em Contexto Comunitário**

Rafael António Barbosa Alves



Orientadora: Andreia Cátia Jorge Silva da Costa



**Lisboa
2020**

“Medicamentos não funcionam em pacientes que não os tomam”

C. Everet Koop (1985)

AGRADECIMENTOS

No final de uma caminhada é altura de olhar para trás agradecendo todos os que possibilitaram que este trajeto além de uma experiência de aprendizagem e evolução pessoal, se tornasse uma partilha.

À professora Andreia Costa, orientadora e força de evolução deste projeto os meus mais sinceros agradecimentos pela colaboração e disponibilidade, na resposta aos inúmeros e-mails, chamadas e encontros.

À orientadora do campo de estágio, enfermeira Carla Vidinha, a qual este projeto não seria possível, o meu profundo agradecimento, pelas contantes sugestões e pelo acompanhamento próximo, mesmo com uma agenda extremamente ocupada, onde existia sempre tempo para uma palavra.

À equipa multidisciplinar da Unidade de Saúde Familiar que acolheu de maneira efusiva este projeto de intervenção comunitária, colaborando em tudo o que foi pedido, que, sem a sua colaboração não seria possível a sua implementação.

Aos meus pais que sempre me incutiram o desejo de evoluir e crescer como pessoa, sendo a principal força motriz que resultou nesta caminhada.

À minha família que teve de lidar com a minha ausência constante, mas que mesmo entre todas as dificuldades sempre providenciou uma palavra de apoio e conforto. Ao Afonso e João e principalmente à Marinha que foi e continua a ser a base desta família e fonte de apoio incondicional.

Com todos eles partilho a alegria da concretização deste projeto.

Muito obrigado

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APA – *American Psychological Association*

ARSLVT – Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo

CINAHL - *Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social

MAT – Medida de Adesão ao Tratamento

MEDLINE - *Medical Literature Analysis and Retrievel System Online*

OMS – Organização Mundial de Saúde

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

USF – Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

As alterações demográficas verificadas na população portuguesa nas últimas décadas, implicam o aparecimento de novas problemáticas de saúde pública criando uma necessidade de evolução e adaptação constante dos serviços de saúde em especial os cuidados de saúde primários.

O envelhecimento populacional é a maior dessas alterações sendo uma realidade comum a todos os países industrializados. O aumento da esperança média de vida acarreta uma cronicidade da doença, sendo a medicação a estratégia mais utilizada pelos serviços de saúde para a sua gestão. Este contexto leva ao fenómeno da polimedicação, ou seja, o uso concomitante de vários medicamentos, um dos fatores causais da baixa adesão ao regime medicamentoso.

Foi realizado um diagnóstico de situação integrando 64 pessoas idosas polimedicadas inscritas na USF A, em que cerca de 1/5 dos quais apresentava baixa adesão ao regime medicamentoso. O uso de produtos naturais ou suplementos alimentares e a automedicação também foram detetadas em cerca de 40% e 50% das pessoas da amostra respetivamente.

Os problemas identificados foram priorizados. Foi realizada uma revisão scooping da literatura com o objetivo de identificar quais as principais estratégias promotoras da adesão ao regime medicamentoso na pessoa idosa polimedicada em contexto comunitário, revelando a educação para a saúde como a que apresenta maior eficácia. Estas estratégias foram adaptadas para atingirem os objetivos para o projeto de intervenção.

Foi adotado o modelo de Promoção da Saúde de Pender, Murdaugh e Parsons (2014), que conduziu à implementação de estratégias de educação para saúde, pretendendo alterar comportamentos e promovendo a adesão ao regime medicamentoso. Foram realizadas sessões de grupo, com o objetivo de capacitar a população idosa polimedicada de conhecimentos e capacidades que aumentassem a adesão ao regime medicamentoso prescrito. O projeto de intervenção também incidiu sobre os profissionais de saúde, sensibilizando-os sobre as temáticas abordadas.

Palavras-chave: Idoso, Adesão à Medicação, Polimedicação, Planeamento em Saúde.

ABSTRACT

The demographic changes in the Portuguese population over the last decades presupposes new public health challenges, that require a constant evolution and adaption on by the health system specially on the Primary Health care.

Population ageing is the greatest change and the biggest challenge in all industrialised countries. The increase in average life expectancy causes long-term diseases and chronicity of the disease, with medication being the most common strategy used by health services for its management. This context leads to the phenomenon of polymedication, that is, the usage of several different medications at the same time, one of the factors of low adherence to the medication regime.

A study was carried out by interviewing 64 polymedicated elderly people enrolled in the USF A, in which about 1/5 of them had low adherence to the medication regime. The usage of natural products or food supplements and self-medication were also detected in about 40% and 50% of the interviewed persons, respectively.

The identified problems were prioritised. A scooping review of the literature was carried out in order to identify which are the main strategies that promote adherence to the medication regime in the elderly with multiple medications in a community context, revealing health education as the one with the greatest effectiveness. These strategies were adapted to achieve the objectives for the intervention project.

The Health Promotion Model of Pender, Murdaugh and Parsons (2014) was adopted, which led to the implementation of health education strategies, aiming to change behaviors, promoting adherence to the medication regime. Group sessions were held with the objective of capacitate the elderly population with multiple knowledge and skills that would increase adherence to the prescribed medication regime. The intervention project also focused on health professionals, raising their awareness of the topics addressed.

Keywords: Elderly, Adherence to Medication, Polymedication, Health Planing.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1- ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DOS TEMAS.....	15
1.1- O Medicamento e a Pessoa Idosa.....	15
1.2- Adesão Ao Regime Medicamentoso	16
1.3- Polimedicação	21
2 - MODELO TEÓRICO NOLA PENDER	27
3- METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE	29
3.1- Diagnóstico de Situação de Saúde.....	30
3.1.1 – Local de intervenção.....	30
3.1.2 - População alvo/amostra	31
3.1.3 - Instrumento de recolha de dados.....	31
3.1.4 - Considerações éticas	33
3.1.5 - Apresentação dos dados	34
3.1.6 - Problemas de saúde identificados.....	38
3.2 - Definição de Prioridades	39
3.3 - Fixação de objetivos	41
3.4 - Seleção de Estratégias	43
3.5 - Planeamento Operacional.....	45
3.6 – Avaliação	49
4 - COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO DECORRER DO ESTÁGIO	55
5 - CONCLUSÃO	58
BIBLIOGRAFIA.....	62
APÊNDICES	
APÊNDICE I – MODELO TEÓRICO DE NOLA PENDER	
APÊNDICE II – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	
APÊNDICE III – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	

APÊNDICE IV – CONSENTIMENTO INFORMADO

APÊNDICE V – CONSENTIMENTO INFORMADO MESTRANDO

APÊNDICE VI – RESULTADOS DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

APÊNDICE VII – REVISÃO SCOPING DA LITERATURA

APÊNDICE VIII – PLANO DA SESSÃO DE SENSIBILIZAÇÃO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA USF A

APÊNDICE IX – APRESENTAÇÃO POWER POINT DA SESSÃO DE SENSIBILIZAÇÃO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA USF A

APÊNDICE X – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE SENSIBILIZAÇÃO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA USF A

APÊNDICE XI – CONVITE SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

APÊNDICE XII – CARTAZ ALUSIVO À SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

APÊNDICE XIII – PLANO DAS SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

APÊNDICE XIV – APRESENTAÇÃO POWER POINT DAS SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

APÊNDICE XV – LISTAGEM MEDICAMENTOS

APÊNDICE XVI – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO 1ª SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

APÊNDICE XVII – AVALIAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

APÊNDICE XVIII – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO 2ª SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

ANEXOS

ANEXO I- AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DA MEDIDA DE ADESÃO AOS TRATAMENTOS

ANEXO II - AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO DA COORDENADORA DA UNIDADE FUNCIONAL

ANEXO III – AUTORIZAÇÃO DO DIRETOR EXECUTIVO DO ACES

ANEXO IV - AUTORIZAÇÃO COMISSÃO ÉTICA PARA A SAÚDE ARSLVT

ANEXO V – SALA DE REUNIÕES USF A

ÍNDICE DE GRÁFICOS E TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos Participantes por Sexo.	34
Tabela 2 - Distribuição dos Participantes por Escolaridade.	35
Tabela 3 - Resultados da Aplicação da Medida de Adesão ao Tratamento.	36
Tabela 4 - Número de Medicamentos Utilizados.	37
Tabela 5 - Uso de Produtos Naturais e Suplementos Alimentares.	37
Tabela 6 - Toma de Medicamentos sem Indicação Médica nos Últimos 3 Meses.	38
Tabela 7 - Problemas Identificados no Diagnostico de Situação.....	38
Tabela 8 - Escala de Magnitudes.	39
Tabela 9 - Método Halon de Determinação de Prioridades Aplicado aos Problemas Identificados.....	40
Tabela 10 - Indicadores de Processo Objetivo Especifico 1 e Indicadores de Resultado 1ª Sessão de Educação para a saúde.	50
Tabela 11 - Indicadores de Resultado 1º objetivo Relativos à 2ª Sessão de Educação Para a Saúde.....	51
Tabela 12 - Indicadores de Processo e Resultado do Objetivo Especifico 2.....	52
Tabela 13 - Indicadores de Processo e Resultado do Objetivo Especifico 3.....	54

INTRODUÇÃO

O aumento da esperança média de vida foi uma das maiores vitórias obtidas pela humanidade no último século. O desenvolvimento da tecnologia e avanços na medicina e nas políticas de saúde pública foram os grandes responsáveis por esse feito. Enquanto o século 20 foi o século do aumento demográfico o próximo irá ser o do envelhecimento (Divo e Mannimo, 2014).

O envelhecimento da população portuguesa é, cada vez mais uma realidade partilhada pela grande maioria dos países industrializados. Nos últimos 50 anos a esperança média de vida aumentou de 67,1 anos para 80,9 anos (Pordata, 2019), aumento este acompanhado por um incremento do índice de envelhecimento (de 121,6 para 157,4) e do índice de dependência (de 50,8 para 54,9) (PORDATA, 2019a).

Apesar de não ser a mais numerosa, a população idosa é a maior utilizadora de cuidados de saúde (Quintal, Lourenço e Ferreira, 2012). Como causalidade, este fenómeno de envelhecimento irá provocar uma pressão acrescida no Serviço Nacional de Saúde, implicando novos desafios para todos os seus profissionais, a implementação de novas políticas públicas e obrigando a uma readaptação dos cuidados de enfermagem, com especial ênfase nos Cuidados de Saúde Primários.

Ligado ao aumento da esperança média de vida, observamos também um aumento da cronicidade da doença. Podemos definir doenças crónicas “como não sendo permanentes, mas que produzem incapacidades/deficiências residuais, causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigindo uma formação especial do doente para a sua reabilitação, ou longos períodos de supervisão, observação ou cuidados” (OMS, 2005). Os mesmos autores realçam a importância fulcral dos profissionais de saúde na sua gestão, quer na implementação de programas de saúde, na promoção e educação de comportamentos promotores de estilos de vida saudáveis, capacitando a pessoa a controlar a sua doença e promovendo um regular seguimento da mesma.

A utilização de medicamentos é a ferramenta mais utilizada na gestão da doença da população idosa. Porém a OMS refere que 50% da população não toma a medicação prescrita de forma correta (WHO, 2019). Em Portugal estudos sugerem que 37% não adere corretamente ao regime medicamentoso indicado pelos

profissionais de saúde (Soares, 2009), criando condições propícias para a ocorrência de reações medicamentosas e eventos adversos que consequentemente elevam os custos associados aos cuidados de saúde. Segundo Costa (2009) 7,3 era o número médio de medicamentos diários que a população idosa portuguesa tomava, sendo que um quarto da mesma tomava 10 ou mais.

Este fenómeno de toma de múltiplos medicamentos denomina-se como polimedicação, sendo responsável por aproximadamente 8,5 milhões de internamentos hospitalares evitáveis todos os anos na União Europeia, e um dos maiores fatores de morbilidade na população idosa (SIMPATY, 2017). Apesar de não ser uma problemática exclusiva desta população, as diversas alterações fisiológicas derivadas do processo de envelhecimento e a existência de múltiplas coo morbilidades, aumenta a sua prevalência e potencia as suas consequências.

A probabilidade da existência de acontecimentos adversos e erros medicamentoso encontra-se diretamente relacionada com o número de medicamentos que a pessoa tem de gerir. Quanto mais elevado o número, maior a probabilidade da existência de interações medicamentosas, internamentos não programáveis, contribuindo para a evolução de patologias. A não adesão ao regime medicamentoso surge como uma das maiores complicações associadas á polimedicação (Hajjar, Cafiero e Hanlon, 2007).

A importância desta temática é reforçada pela OMS que em 2017 lançou o seu terceiro desafio global para a segurança do utente, intitulado medicação sem dano, em que uma das 3 principais áreas de intervenção se dedica á segurança da medicação na polimedicação (WHO, 2019). A nível nacional o aumento da segurança na utilização da medicação foi definido como um objetivo estratégico no Plano Nacional Para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Despacho nº1400-A, 2015, p.3882-8).

O perfil de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, coloca-o numa posição privilegiada para intervir nesta população, na promoção do acesso aos cuidados, educando, clarificando conceitos, identificando fatores influenciadores na adesão ao regime prescrito, sempre em parceria com a pessoa e comunidade, com o objetivo de encontrar estratégias promotoras da adesão identificação de necessidades de saúde, criando parcerias com os recursos disponíveis na comunidade, estimulando projetos de intervenção, potencializando-os, garantindo a sua adequada utilização e continuidade (Regulamento de

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, 2018). A promoção da saúde é sempre o objetivo final pressupondo “aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio.” (Carta de Ottawa, 1986, p.1).

O papel da gestão do regime medicamentoso é muito relevante na autoestima e no conceito de autonomia da população idosa (Alexandre, 2014), e a polimedicação potencia a complexidade desse regime, contribuindo para o agravamento do estado de saúde surgindo como uma área, em que, com a sua intervenção o enfermeiro especialista em saúde comunitária pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida e ganhos em saúde.

Nesta conjuntura e integrado no 10º curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária da ESEL, surge o estágio realizado no terceiro semestre. Neste foi implementado um projeto de intervenção comunitária e a realização deste relatório. O projeto denominado “Adesão ao Regime Medicamentoso da Pessoa Idosa Polimedicada em Contexto Comunitário” foi desenvolvido na USF A (assim denominada neste trabalho por motivos éticos e de anonimato, por não ter sido autorizado o uso do nome da unidade em contexto académico) entre setembro de 2019 e março de 2020 sob a supervisão da enfermeira especialista em saúde comunitária Carla Vidinha. O seu principal objetivo foi a promoção da adesão ao regime medicamentoso das pessoas polimedicadas com idade igual ou superior a 65 anos de idade.

Previamente à realização do projeto foi realizada uma extensa revisão da literatura existente sobre a temática da adesão ao regime medicamentoso e da polimedicação. Foram também consultados peritos na temática que forneceram informações e perspetivas valiosas, sem as quais não seria possível a realização do projeto. Os profissionais do campo de estágio também foram consultados de forma a aferir se a minha preocupação e interesse pessoal sobre a temática era partilhado por eles. A resposta foi positiva sentindo que esta temática era uma preocupação comum e que, apesar do reconhecimento da importância do tema, não existiam implementadas intervenções uniformizadas para a sua mitigação, sentindo

imediatamente a vontade dos restantes profissionais para a colaboração no projeto de intervenção.

Dado o objetivo de promover a saúde o modelo teórico de Pender, Murdaugh e Parsons (2014) foi o utilizado. Este constituiu uma ferramenta imprescindível na organização das atividades planeadas. O projeto foi desenvolvido de acordo com a metodologia do Planeamento em Saúde, de Imperatori & Giraldes (1993). Numa primeira fase foi realizado um diagnóstico de situação com a aplicação de um questionário por entrevista a 64 pessoas idosas polimedicadas. Foram elaborados diagnósticos de enfermagem derivados dos dados recolhidos. Foi consultada uma equipa de peritos de forma a proceder a uma priorização dos mesmos, sendo de seguida elaborados objetivos e definidas quais as melhores estratégias para os alcançar.

Para a seleção das estratégias a utilizar foi realizada uma revisão scoping da literatura com o objetivo de identificar as intervenções de enfermagem promotoras da adesão ao regime medicamentoso na população idosa em contexto comunitário. Os resultados desta pesquisa foram incorporados neste projeto de intervenção, na seleção das estratégias mais adequadas a desenvolver, sendo estas implementadas sob a forma de diversas sessões de educação para a saúde e de sensibilização para os diversos profissionais de saúde da USF A. No final da sua implementação estas foram avaliadas, observando se os objetivos propostos foram concretizados e quais as alterações a implementar para a obtenção de melhores resultados.

Para melhor orientação este relatório encontra-se dividido em 6 partes. Principiando pela introdução onde se realiza uma contextualização das problemáticas abordadas. A segunda parte corresponde à análise dos principais conceitos em estudo e da sua relevância. Seguidamente identifica-se do referencial teórico que sustenta este trabalho, sendo a quarta parte dedicada à descrição da fase metodológica do projeto e as diferentes etapas do método do planeamento em saúde. Seguidamente é realizada uma reflexão sobre as competências relevantes para o Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e a obtenção de o grau de mestre, desenvolvidas durante a realização do projeto de intervenção. Termina com a conclusão, referências bibliográficas e todos os anexos e apêndices relevantes.

O relatório encontra-se escrito segundo as normas da *American Psychological Association* (APA) 6ª edição, de acordo com o novo acordo ortográfico.

1- ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DOS TEMAS

1.1- O Medicamento e a Pessoa Idosa

A população portuguesa tem vindo a aumentar o consumo de medicamentos, sendo que em 2019 foram dispensadas em todo o país, em contexto de ambulatório, 165,2 milhões de embalagens de medicamentos, mais 2,4% do que no ano anterior, elevando a despesa do SNS para 1327,2 milhões de euros (Infarmed, 2019).

Podemos definir medicamento como “toda a substância ou associação de substâncias apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas ou que possa ser utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas” (Decreto-Lei nº 176/2006, pág. 6300-6301). Contudo a sua atuação não é semelhante ao longo do ciclo vital, e apesar de ser utilizada no controlo e cura da doença, do seu inadequado uso podem resultar consequências severas.

A população idosa, devido à maior prevalência de patologias crónicas e alterações fisiológicas derivadas do processo de envelhecimento está mais sujeita a estas consequências (Alexandre, 2016). O instituto nacional de estatística define pessoa idosa como individuo com uma idade igual ou superior a 65 anos (INE, 2002), embora esta seja uma definição redutora pois não tem em conta a singularidade da pessoa, da sua biologia e a realidade física e psicológica.

O envelhecimento humano pode ser definido” como o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida” (DGS, 2006, pág. 5). Acompanhando o processo de envelhecimento ocorrem alterações fisiológicas que interferem no modo como a pessoa reage a medicação, sendo as alterações na absorção dos fármacos, distribuição, metabolização e excreção dos mesmos as mais relevantes (Ferchichi e Antoine, 2004).

Esta realidade assume uma importância cada vez maior em consequência do envelhecimento populacional. Segundo as Nações Unidas no seu relatório *World Population Aging* (2019), existem atualmente cerca de 703 milhões de pessoas com 65 ou mais anos, esperando que este número mais que duplique até 2050 ultrapassando mais de 1500 milhões de pessoas idosas. Em Portugal este número

será de 2,8 milhões em 2080, mas o número de idosos atualmente já ultrapassa 1/5 da população total (INE, 2019). Apesar de estatisticamente não ser a maior percentagem da população é a maior consumidora de medicamentos prevendo-se que em 2040 seja responsável por aproximadamente 40% de vendas de medicação com ou sem prescrição clínica (Ribeiro, 2014).

No último inquérito nacional de saúde realizado em 2014, 90,5% das pessoas com 65 ou mais anos referiram consumir medicamentos prescritos, mais que duplicando o valor da restante população, sendo que 86,6% das pessoas idosas tinham recorrido ao médico de família nos últimos 12 meses (INE, 2016). Com o envelhecimento da população a pressão sobre os cuidados de saúde irá aumentar, com especial relevância para os cuidados de saúde primários sendo que os desafios com o regime medicamentoso prescrito serão ainda maiores que os atuais.

A cronicidade da doença obriga cada vez mais a regimes medicamentosos mais longos e complexos devido a estas condições exigirem respostas complexas de longa duração envolvendo o esforço coordenado de uma grande variedade de profissionais de saúde, o acesso a sistemas de monitorização e medicamentos essenciais, sendo que todos estes fatores necessitam de estar perfeitamente articulados, promovendo o *empowerment* da pessoa (Nolte, Knai, e McKee, 2008).

Encontrar um balanço entre o tratamento agressivo das patologias e evitar potenciais complicações provocadas por medicamentos é um desafio para os profissionais de saúde (Steinman, Rosenthal, Landefeld, Bertenthal, Saunak, Kaboli, 2007). A promoção do correto cumprimento do regime medicamentoso, numa população com múltiplas morbilidades e alterações fisiológicas, enorme sensibilidade a reações adversas e suscetível de descompensações biológicas (Galvão, 2006), é um desafio e uma necessidade cada vez maior, e uma oportunidade para o Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária intervir com ganhos de saúde, económicos e sociais muito relevantes.

1.2- Adesão Ao Regime Medicamentoso

Um dos maiores desafios que os sistemas de saúde enfrentam atualmente é o uso inadequado de medicamentos. Mais de metade dos medicamentos são impropriamente dispensados, prescritos ou vendidos e cerca de metade das pessoas os tomam de maneira incorreta (WHO, 2002). Os doentes devem receber medicação apropriada para as suas necessidades clínicas, em dosagens adequadas

às suas especificidades, pelo tempo adequado e pelo menor custo possível (WHO, 1985). Vários fatores podem interferir no correto uso de medicamentos, desde inadequada prescrição, prescrição de medicamentos não seguros ou ineficazes ou a não adesão por parte do doente (OECD, 2018), sendo esta última uma das temáticas centrais deste projeto.

O conceito de adesão ao regime terapêutico é mutável, em constante evolução, sendo que a principal evolução é a intenção crescente de envolvimento ativo da pessoa nos seus planos de cuidados. A organização mundial de saúde em 2003 define-o como a medida em que o comportamento de um indivíduo, quer em relação à alteração de estilos de vida, cumprimento de um regime medicamentoso ou seguimento da dieta recomendada, corresponde às indicações transmitidas por um profissional de saúde (WHO, 2003). Existe a preocupação da utilização da palavra adesão em vez dos anteriormente utilizados *compliance* e *concordance*. *Compliance* aborda uma visão mais tradicional da prescrição em que a pessoa deve obedecer à prescrição que foi proposta, mantendo a pessoa um papel passivo. *Concordance* define quando existe um acordo consensual entre a pessoa e o profissional de saúde, quanto ao tratamento a ser aplicado, implicando um papel ativo de ambas as partes (Pinto, 2016).

Apesar de maioritariamente focado no regime medicamentoso, o conceito de adesão incluiu diversas vertentes, como adesão a hábitos de vida saudáveis e mudanças de estilos de vida (Osterberg e Blaschke, 2005). A adesão ao regime medicamentoso incide na medida em que as indicações fornecidas pelos profissionais de saúde, sobre medicação e posologia, são cumpridas pelo indivíduo.

A *European Society for Patient Adherence, Compliance and Persistence* (ESPACOMP), publicou o *Medication Adherence Reporting Guideline*. Como método de facilitar o conceito de adesão medicamentosa foi adotada a taxonomia ABC. A letra A corresponde ao processo de iniciação, a toma da primeira dose do medicamento prescrito. O B refere-se ao processo de implementação, ou seja, o processo em que as pessoas mantêm a dosagem que lhe foi prescrita, nos horários adequados desde o início ao final do tratamento. O C significa persistência e define-se como o período temporal entre o início do tratamento e a última dose que precede a descontinuação do mesmo. Este modelo define então que a não adesão ao regime medicamentoso pode ocorrer em diversas situações, quer na iniciação tardia do regime ou mesmo na sua não iniciação, má implementação de doses,

horários ou descontinuação prematura (De Geest, Zullig, Dunbar-Jacob, Helmy, Hughes, Wilson, Vrijens, 2018).

Segundo a OCDE (2018), quando os utentes não iniciam o seu tratamento prescrito, não adquirindo a medicação prescrita denomina-se de não adesão primária. Este fenómeno tem implicações na correta iniciação dos tratamentos. Diversos estudos referem que entre 4% a 31% das pessoas não adquirem a sua medicação (Blackburn, Swidrovich, Lemstra, 2013), dependendo dos sistemas de saúde, coortes e participações. O mesmo organismo classifica de não adesão secundária quando a medicação é obtida mas não é administrada de forma a ir de encontro às indicações fornecidas, quer em questão de horário ou dosagem, que pode atingir entre 52% a 74% das pessoas (De Geest, Sabaté, 2003).

Também é referido o conceito de persistência referindo-se ao ato de continuar o tratamento durante a duração prescrita. Persistência é baixa entre pessoas com patologias crónicas. Um estudo realizado na população diabética refere que somente 73% das pessoas que iniciaram tratamento continuam com a sua medicação passados 6 meses, reduzindo este número a 39% aos 24 meses (Yeaw, Benner, Walt, Sian, Smith, 2009). Os mesmos autores referem que esta diminuição de adesão ao longo do tempo é comum a outras patologias, como hipercolesterolemia e medicação anti-hipertensiva. Estes valores reforçam a necessidade da intervenção nesta temática que devido à natureza crónica das patologias, necessita de uma intervenção prolongada no tempo e acompanhando as necessidades identificadas.

Apesar da gravidade revelada pelos números, a problemática da baixa adesão ao regime medicamentoso não é considerada uma preocupação pela maioria dos países, e raramente inserida nas suas agendas políticas e programas de saúde. Como consequência poucos países avaliam de forma consistente a adesão ao regime medicamentoso, mesmo com o advento da prescrição eletrónica que permite um maior controlo na avaliação da dispensa dos medicamentos prescritos (OECD, 2018). Ao não aderir ao tratamento as pessoas não obtêm os potenciais benefícios que dele poderiam advir, reduzindo a sua qualidade de vida, comprometendo os seus *outcomes* de saúde e aumentando os custos para o indivíduo e para o serviço nacional de saúde (Midão, Giardini, Menditto, Kardas, e Costa, 2018).

Estima-se que a baixa adesão possa contribuir para aproximadamente 200000 mortes prematuras na Europa anualmente, afetando particularmente pessoas com patologias crônicas. A taxa de mortalidade de diabéticos com patologia cardíaca associada, é quase o dobro nos utentes que não aderem ao regime medicamentoso em comparação com os que aderem ao seu regime (OECD, 2018). Na população hipertensa não aderente o número de hospitalizações é 8 vezes superior que na restante população que adere ao regime medicamentoso (Will, Zhang, Ritchey, e Loustalot, 2016). A não adesão provoca em média a perda de 2,62 dias de trabalho anuais, diminuindo a produtividade (Rizzo e Simons, 1997).

O custo estimado na Europa associado à problemática da não adesão ao regime medicamentoso é de 125 bilhões de euros, sendo uma área em que a intervenção provoca grandes ganhos económicos, em que cada dólar investido em medicamentos em indivíduos aderentes à medicação, pode poupar entre 3 a 13 dólares em idas desnecessárias aos serviços de urgência e hospitalizações (OECD, 2018).

Contudo esta não adesão pode ser intencional, quando a pessoa decide não seguir o tratamento devido a dúvidas sobre o seu real valor, efeitos secundários ou inconveniência para o seu estilo de vida, mas poderá também ser não intencional, quando a pessoa quer implementar o seu regime medicamentoso, mas por incapacidade cognitiva ou funcional, ou outra razão não permite que este seja totalmente atingido (SYMPHATY, 2017). A OMS refere que a melhoria da eficácia das intervenções de promoção da adesão ao regime medicamentoso, podem ter um impacto maior que a melhoria de tratamentos médicos específicos (WHO, 2003). É essencial por isso conhecer quais os principais fatores, determinantes e preditores que influenciam a adesão de modo a intervir com maior eficácia na mitigação desta problemática.

Segundo a mesma organização existem 5 grandes grupos de fatores que representam os maiores responsáveis pela não adesão:

- Fatores socioeconómicos;
- Relacionados com os sistemas de saúde;
- Relacionados com o tratamento;
- Relacionados com o paciente;
- Relacionados com a condição de saúde.

O status socioeconómico está diretamente correlacionado com a adesão ao regime medicamentoso. A existência de uma rede de suporte, quer familiar ou de amigos tem uma influência positiva na adesão. A falta de envolvimento social provoca isolamento que é um determinante da não adesão ao regime medicamentoso (Miller e Dimatteo, 2013). A situação profissional e os rendimentos também interferem com a adesão, pois as dificuldades económicas podem levar a que a medicação seja colocada em segundo plano (ABC Project, 2012).

A relação criada entre o utente e o profissional de saúde é de extrema importância na aderência. É um fator decisivo na desmitificação de crenças erróneas, e no apoio quer técnico e psicológico ao utente. A falta de recursos humanos, o pouco tempo disponível para a realização de consultas, a dificuldade de acesso aos cuidados de saúde e a inexistência de programas de *follow up* são determinantes responsáveis pela não adesão (Martin, Williams, Haskard, e Dimatteo, 2005).

A complexidade do regime medicamentoso é um dos principais determinantes da baixa adesão ao mesmo. Quanto mais complexo, maior a probabilidade da ocorrência de erros e interações medicamentosas. O acompanhamento clínico por diversos médicos pode provocar uma incorreta prescrição, provocando duplicação de fármacos e cascata de prescrição. Os efeitos secundários provocados por alguns medicamentos, mesmo que sejam previstos, podem provocar a desistência precoce da toma (Martin, Williams, Haskard, e Dimatteo, 2005), surgido a intervenção do profissional de saúde no ensino e planeamento de estratégias que contrariem esses efeitos indesejados como fundamentais na promoção da adesão.

O estado mental interfere com a correta implementação da terapêutica, alterações de memória, problemas psiquiátricos, depressão e alcoolismo são fatores preditores de baixa adesão. Problemas físicos como dificuldade na motricidade fina para a abertura de blisters, problemas de visão e obesidade também são referidos na literatura como possíveis preditores. A falta de conhecimentos sobre as suas patologias e a baixa literacia são também fatores muito relevantes na aderência ao regime aconselhado (WHO, 2003). É importante a pessoa entender a razão da necessidade do medicamento que esta a tomar e quanto maior o seu conhecimento sobre as patologias maior será a probabilidade de o conseguirmos motivar para que possa eficazmente gerir o seu regime medicamentoso. E apesar de esta

problemática estar presente em todas as faixas etárias é mais recorrente na população idosa (Turner, Hochschild, Burnett, Zulfiqar e Dyer, 2012).

A gravidade da patologia presente também interfere com a adesão. A severidade da doença é um preditor da aderência, assim como a cronicidade da mesma (WHO, 2003). Como já anteriormente referido a adesão vai diminuindo com o tempo de tratamento, muito devido à ausência de sintomas visíveis. A presença de múltiplas comorbidades, muito comum nos utentes crónicos, principalmente idosos constitui uma barreira à adesão, provocando a prescrição de um grande número de fármacos, aumentando a complexidade do regime medicamentoso, provocando a polimedicação, um dos principais preditores e fatores causais da baixa adesão ao regime medicamentoso e um dos maiores desafios na promoção do uso seguro da medicação (WHO, 2019).

1.3- Polimedicação

As complexidades da combinação dos tratamentos de saúde podem trazer inúmeros benefícios acarretando, contudo, graves riscos. A complexidade envolvente à conjugação de vários fármacos é um dos maiores, e um dos mais significantes desafios de saúde pública atualmente (Payne e Avery, 2011). Acompanhando o envelhecimento da população, estamos a observar um aumento da prevalência das doenças crónicas, principalmente na faixa etária mais avançada da nossa população. Diretamente associado, ocorre um aumento do número de medicamentos utilizados, em diversos casos de forma simultânea, criando o fenómeno a que se designa de polimedicação.

Apesar do termo polimedicação já aparecer na literatura médica há mais de 150 anos (Duerden, Avery e Payne, 2014), e da sua prevalência cada vez maior não existe uma definição clara e universal do mesmo (Hovtadius e Petersson, 2012). Existe uma larga heterogeneidade de definições de polimedicação, variando de simples contagens numéricas a definições mais complexas que envolvem duração, contexto ou descrição do tratamento (Masnoon, Shakib, Kalisch-Eelett e Caughey, 2017). Mais recentemente alguns autores introduziram o termo polimedicação apropriada, tentando utilizar uma abordagem holística (Masnoon, Shakib, Kalisch-Eelett e Caughey, 2017).

Contudo e apesar das evoluções, o conceito com maior prevalência na literatura continua a ser o numérico, sendo o número mais referido como ponto de

corde o de 5 ou mais medicamentos como descrevendo um indivíduo polimedicado, (Masnoon, Shakib, Kalisch-Eelett e Caughey, 2017), sendo esta também a aplicada pela OMS (WHO, 2019) e por consequência neste projeto.

Existe, contudo, a necessidade de realizar algumas distinções dentro do conceito de polimedicação. A polimedicação pode ser apropriada ou adequada se todos os medicamentos estão prescritos para a obtenção de um propósito específico que foi alvo de consenso com o utente, se os objetivos terapêuticos estão a ser cumpridos ou se existe uma possibilidade razoável que o sejam futuramente ou se a medicação foi otimizada para minimizar o risco de reações adversas e que o utente esteja motivado e capaz de tomar todos os medicamentos como prescrito (Scottish Government, 2015).

Quando um ou mais fármacos prescritos não são necessários devido a não existir evidência da sua necessidade, o prazo de tratamento expirou, a dose é exageradamente alta, não se estão a alcançar os objetivos propostos ou colocam o utente em risco acrescido da ocorrência de reações medicamentosas, se o utente não adere ou é incapaz de realizar o tratamento como prescrito, estamos perante um caso de polimedicação inapropriada ou inadequada (Scottish Government; 2015). Hovtadius e Petersson, (2012) referem ainda a possibilidade da existência de pseudo-polimedicação quando existe no historial da pessoa e nos seus registos clínicos um número superior de medicamentos do que o que este se encontra efetivamente a tomar. Convém distinguir que os autores não contabilizam medicação para o tratamento de quadros agudos na contagem do número de medicamentos, mas sim medicação crónica com 3 ou mais meses de duração.

A OMS reconhece esta temática como um dos maiores problemas de saúde pública atuais, e no contexto do lançamento do seu terceiro desafio para a segurança do utente, intitulada medicação sem dano, em que uma das 3 principais áreas de intervenção se dedica á segurança da medicação na polimedicação (WHO, 2019). É referido que cerca de 0,3% de toda a despesa mundial na área da saúde poderia ser evitada com uma adequada gestão da polimedicação.

A União Europeia também reconhece a importância da temática promovendo a criação do consórcio SIMPATHY (Stimulating Innovation Management of Polypharmacy and Adherence in The Elderly). Este, procura implementar estratégias e programas para aumentar a segurança na gestão e utilização de medicamentos em pessoas polimedicadas até 2030. Apesar da adesão de Portugal a este

consórcio, o mesmo lamenta a ausência de qualquer programa atual nesta problemática, citando a pouca consciência da mesma, problemas informáticos e de controlo de medicamentos e a inadequada cultura multidisciplinar no relacionamento entre os profissionais da área da saúde como grandes fatores causais para a ausência de medidas efetivas (SIMPATY, 2017).

Diversos estudos referem que a incidência da polimedicação nos países com maior poder económico varia entre os 40% a 50% na população mais idosa (Charlesworth, Smit, Lee, Alramadhan e Odden, 2015). Um estudo recente realizado por Kantor, Rehm, Haas, Chan e Giovannucci, (2015) refere que 39% da população idosa residente nos Estados Unidos da América tomavam 5 ou mais medicamentos. Esta percentagem na população Irlandesa, utilizando os mesmos critérios de avaliação é de 29% (McGarrigle, 2017). Em Portugal existe carência de estudos de grande dimensão sobre a temática. O Infarmed no seu relatório de monitorização do consumo de medicamentos relativo ao ano de 2019, indica que cada residente em Portugal consumiu aproximadamente 16 embalagens de medicamentos durante o ano de 2019, e que a despesa do utente per capita foi de 74,82 euros. Levando em consideração que a população idosa é a maior consumidora de medicamentos somente podemos assumir que esta média é ainda maior nesta faixa etária. A população idosa inglesa representa 23% do total, mas é responsável por 61% de toda a medicação dispensada no país (NHS,2017). Estima-se que a utilização de medicamentos aumente 0,4 por cada década de vida (Rollason e Vogt, 2003)

São vários os fatores associados que predispõem a ocorrência da polimedicação. O estado de saúde, a presença de multipatologias, sendo as mais comuns a diabetes e a hipertensão, alterações cognitivas, mau estado nutricional, depressão e ansiedade, são referidas na literatura (Hovtadius e Petersson, 2012). Ter estado hospitalizado recentemente também é referido como fator de risco (Hajjar, Cafiero e Hanlon, 2007). A nível demográfico segundo os mesmos autores, o aumento da idade, a escolaridade da pessoa e ser de raça branca são os fatores mencionados.

Existem igualmente fatores relacionados com os cuidados de saúde. A recorrência a vários médicos, cada um com a sua especialidade, muitas vezes sem acesso a uma base de dados centralizada, possibilita a prescrição inadequada e por vezes até a multiplicação dos fármacos (Hajjar, Cafiero e Hanlon, 2007). Possibilita também a cascata de prescrição, em que a pessoa idosa desenvolve efeitos não

desejados como reação à toma de um medicamento, mas que são incorretamente interpretados como um novo sintoma, levando à prescrição de um novo fármaco aumentando o risco de mais efeitos adversos. A constante evolução e surgimento de novos fármacos e combinações e as pressões de marketing impostas pela indústria farmacêutica é outro potencial fator potenciador da polimedicação (Fried, Niehoff, Tjia, Redeker e Goldstein, 2016). O elevado número de utentes por lista médica, altas taxas de renovação de fármacos, erros no diagnóstico, no termino do tratamento ou melhora clínica e a especialização médica são também mencionados na literatura (Hovtadius e Petersson, 2012), proporcionando condições para que sejam prescritos medicamentos sem uma total noção da restante medicação habitual. As *guidelines* sobre os tratamentos de patologias crónicas por vezes somente estão direccionadas para a patologia a ser tratada não antevendo a presença de outras comorbilidades (Riker e Setter, 2012).

É necessária uma especial atenção ao consumo de medicamentos de venda livre e ao uso de produtos naturais e suplementos. A sua utilização é muito elevada na população idosa e habitualmente conjuntamente com o regime medicamentoso prescrito. Apesar das crenças, que por serem anunciados como naturais não possuem efeitos prejudiciais, podem contribuir para o aparecimento de interações medicamentosas (WHO, 2002). A legislação atual não proíbe a incorporação de substâncias com propriedades farmacológicas em suplementos alimentares, existindo no mercado produtos com as mesmas composições farmacológicas a serem produzidos com diferentes requisitos (sobre a alçada de legislação alimentar e farmacológica). A diretiva 2002/46 define que os suplementos podem ter um efeito fisiológico, especificando claramente que esse efeito é somente de otimização e nunca de “*restauração, modificação e alteração dessa mesma condição fisiologia*” (Infarmed, 2016, pág. 5).

São várias as consequências associadas a polimedicação. Uma das mais evidentes e explícita na literatura é o aumento dos custos para o utente e para os Serviços Nacionais de Saúde. O aumento do risco de toma de medicação não apropriada derivada da polimedicação, pode aumentar os custos com os cuidados de saúde em 30% (Akazawa, Imai, Igarashi e Tsutani, 2010). Os autores associam este valor aos custos associados a idas evitáveis a serviços de urgência e internamentos não programados, duplicação de medicação e gastos com a aquisição de fármacos não apropriados. A polimedicação é também relacionada com

um maior período de internamento hospitalar (Fukuba, Nishida, Hayashi, Furukawa, Ishitobi, Nagaoka e Takahashi, 2020).

Cerca de 10% de todos os episódios urgentes nos Estados Unidos são associados a reações adversas a medicamentos, sendo a polimedicação um dos fatores causais mais importantes (Hohl, Dankoff, Colacone e Afilalo, 2001). A toma de 5 ou mais medicamentos representa um risco acrescido de 88% para a ocorrência de interações medicamentosas (Bourgeois, Shannon, Valim e Mandl, 2010), tendo a população idosa um risco aumentado de interações (Mallet, Spinewine, Huang, 2007).

A não adesão ao regime medicamentoso está diretamente associado à polimedicação. Quanto maior for o número de medicamentos que a pessoa idosa tiver de gerir maior será a probabilidade de não aderir totalmente a esse regime (Hajjar, Cafiero e Hanlon 2007), assim como a ocorrência de erros e enganos no processo de toma. Alterações do estado funcional também estão associadas à polimedicação. Magaziner, Cadigan, Fedder e Hebel (1989), num estudo envolvendo 300 mulheres com idade superior a 65 anos observou que os elementos da amostra polimedicados referiam diminuição das suas capacidades funcionais ao realizar as suas atividades diárias.

Compromissos cognitivos, maioritariamente sobre a forma de delírio ou demência, foram associados por diversos autores à problemática da polimedicação. Tomar 5 ou mais medicamentos pode aumentar o risco de alterações cognitivas em 33% (Jyrka, Enlund, Lavikainen, Sulkava, e Hartikainen, 2010). Em contexto hospitalar, o número de medicamentos foi descrito como um fator de risco de demência (Martin, Stones e Young, 2000). A diminuição da capacidade cognitiva aumenta o risco de quedas, sendo estas um dos maiores e mais temidos fenómenos pela população idosa, sendo que a polimedicação é um dos maiores fatores causais de quedas em contexto domiciliário (Fletecher, Berg e Hirdes, 2009).

Apesar de menos referidas na literatura a incontinência urinária e a malnutrição também são referidos como consequências da polimedicação, acarretando severas consequências no nível de vida e autoestima. A toma de múltiplos medicamentos pode provocar distúrbios gastrointestinais, vômitos, náuseas, diminuição do apetite e alterações na absorção de diversos nutrientes e vitaminas, podendo afetar até cerca de 50% da população idosa a tomar 10 ou mais medicamentos (Jyrka, Enlund, Lavikainen, Sulkava, e Hartikainen, 2010). A

incontinência também foi associada a esta problemática, principalmente na população idosa feminina (Nuotio, Jylhä, Luukkaala, e Tammela, 2005).

Existem algumas ferramentas que podem apoiar os profissionais de saúde na redução da polimedicação não apropriada, quer na avaliação da medicação utilizada e no uso de fármacos inapropriados. São apoios ao juízo clínico do profissional de saúde, pois cada caso é específico e não passível de generalização. Os critérios Beers são os mais amplamente difundidos. São critérios de simples implementação e regularmente atualizados identificando fármacos que não são aconselhados em idade geriátrica ou relações medicamentosas que predispõem risco acrescido para o utente (Delgado Silveira et al, 2014). Estes são compostos por 53 medicações inapropriadas e classes farmacológicas divididas em 3 categorias: medicamentos a evitar na população geriátrica, medicamentos a evitar na população geriátrica com patologias ou síndromes específicas e medicamentos que se devem utilizar com precaução na população geriátrica (Samuel, 2015). Estes critérios estão especialmente vocacionados para médicos, porém por serem de fácil consulta e compreensão podem servir como apoio para identificação de situações de risco por todos os profissionais de saúde.

A OMS aponta a revisão terapêutica como uma das ferramentas fundamentais para a diminuição da polimedicação inadequada. Esta revisão deve ser realizada regularmente pelos profissionais de saúde, promovendo especial atenção na transição de cuidados. Em contexto de cuidados de saúde primários os recursos disponíveis nem sempre permitem que esta revisão aconteça, referindo a OMS que devem ser privilegiados idosos residentes em lares, pessoas com medicações de alto risco prescritas, pacientes a tomar 10 ou mais medicamentos, presença de 2 ou mais doenças morbilidades, em situação de fragilidade ou demência e em contexto de cuidados paliativos (WHO, 2019).

Os cuidados de saúde primários, devido a sua proximidade com a população, são normalmente a porta de entrada no sistema nacional de saúde, e não raras vezes, a ligação entre diversas especialidades médicas e prestadores de saúde privados, estando numa posição mais que privilegiada para a implementação de medidas e estratégias com vista à redução da polimedicação inadequada, sendo que o enfermeiro, em especial o Especialista em Saúde Comunitária pode ter um papel ativo, obtendo ganhos em saúde e económicos melhorando a qualidade de vida da sua população.

2 – MODELO TEÓRICO NOLA PENDER

Os modelos de enfermagem são fulcrais na sua prática, orientando-a e fundamentando-a. Veiga e Neto (2009, p. 86) define-os como “Um constructo composto por um conjunto de leis e princípios racionais, hierárquica e solidamente sistematizados, de caráter conclusivo, aplicado a uma determinada área”. Na realização deste projeto foi selecionado para o seu alicerce o Modelo de Promoção da Saúde de Pender, Murdaughe e Parsons (2014). O objetivo deste é “a promoção da saúde (...) ajudar as pessoas de todas as idades a manterem-se saudáveis, otimizar a saúde em casos de doença crónica ou deficiência e criar ambientes saudáveis. Esses objetivos exigem estratégias que não só melhoram a saúde dos indivíduos no contexto de suas famílias e comunidades, mas também abordam os ambientes em que vivem, trabalham e brincam” (Pender, Murdaughe e Parsons, 2014, p. 1).

Este modelo procura ilustrar a natureza multifacetada do individuo na sua interação com o ambiente que o rodeia, enquanto este pretende alcançar o estado desejado de saúde, relevando a ligação entre características pessoais, experiências vivenciadas, conhecimentos, crenças e situações relacionadas com os comportamentos e/ou condutas de saúde que pretendem alcançar. Demonstra como o individuo e as suas experiências, conhecimentos e ligações levam a pessoa a se envolver e aderir ou não nos comportamentos promotores de saúde (Hoyos, Gladis, Blanco, Dolly, Sánchez, Araceli, Ostiguín Rosa, 2011.). Esta natureza multifacetada levou à seleção deste modelo. Cada pessoa é única na sua génese e a intervenção não pode ser generalizada, necessitando de ser adaptada, levando em consideração a sua especificidade e vivencias, de forma a promover comportamentos saudáveis.

A finalidade última deste projeto é promover a adesão ao regime medicamentoso, alterando os comportamentos, identificando fatores e comportamentos anteriores passíveis de modificação. Pode servir como edificação para a intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária (Stanhope & Lancaster, 1999). O modelo apresenta três conceitos fulcrais para a sua compreensão e implementação (Apêndice I). O primeiro fundamenta-se nas características individuais e experiências, incluindo fatores psicológicos socioculturais, pessoais e biológicos. Neste projeto considera-se a potencial baixa adesão ao regime medicamentoso o comportamento anterior que pretendemos

modificar. Os fatores pessoais que influem no comportamento incluídos foram a idade igual ou superior a 65 anos, ser polimedicado a nível biológico, psicologicamente a capacidade física e cognitiva para gestão do seu regime medicamentoso, o reconhecimento da importância da adesão ao regime medicamentoso. A nível sociocultural as crenças negativas sobre a medicação exercem uma grande relevância sobre a adesão, a escolaridade, opinião de pessoas de referência e serem as principais gestoras do seu regime medicamentoso.

O segundo conceito são as cognições e alterações de comportamento, que constitui o cerne do modelo pois são passíveis de serem modificadas com a intervenção. Inclui perceção dos benefícios para a ação. Neste ponto é essencial que o enfermeiro consiga transmitir é pessoa idosa os benefícios que o aumento da adesão ao regime medicamentoso pode ter nas suas vidas e na qualidade da mesma. Para isso o enfermeiro tem de reconhecer a individualidade da pessoa e identificar quais as barreiras para a ação existentes (efeitos secundários, falta de informação sobre o seu regime medicamentoso por exemplo) de forma a poder intervir de maneira eficaz. No item autoeficácia percebida é importante o reconhecimento por parte do idoso da sua vulnerabilidade ao erro e esquecimento implicando fraca adesão ao regime medicamentoso, mas também reconhecer o seu potencial para o melhorar. O idoso tem de ter um papel ativo na alteração do seu comportamento, como a palavra adesão implica, tendo este uma voz ativa em todo este processo, ouvindo sempre os sentimentos em relação ao comportamento.

O contexto do idoso também tem muita importância, relevando as influências interpessoais como a identificação da relação com os profissionais de saúde, e a influência das opiniões interpessoais no processo de adesão. As influências situacionais como situação económica, barreiras físicas e logísticas, informação regime medicamentoso, são fatores essenciais para a alteração desejada do comportamento.

O terceiro conceito está muito intimamente ligada ao compromisso com um plano de ação, capacitando e educando a pessoa idosa, mostrando as exigências imediatas para a alteração desse comportamento, com vista á promoção do comportamento de saúde desejado, sendo neste caso a melhoria da adesão ao regime medicamentoso.

3- METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

Na elaboração deste projeto de intervenção comunitário foi utilizado a metodologia do planeamento de saúde segundo Imperatori e Giraldes (1993) com o objetivo de promover a adesão ao regime medicamentoso na pessoa idosa polimedicada em contexto comunitário.

O planeamento é essencial para “não se fazer uma caminhada cega, uma navegação á deriva, na tentativa de alcançar os almejados objetivos necessários às transformações a operar. Isto significa que aqueles objetivos são previamente estudados, bem como as ações que os mesmos implicam, e que a eles se adequem” (Nunes, 2016, pág. 19). Imperatori e Giraldes definem-no como a “racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos” (Imperatori e Giraldes, 1986, p.6), podendo ser este processo reavaliado em todas as suas fases de forma a se adaptar de forma a melhor atingir os objetivos propostos.

Esta metodologia apresenta como principais etapas do seu processo, o diagnóstico de situação, a definição de prioridades, seguida da fixação dos objetivos que se pretendem atingir e quais as estratégias a utilizar de forma a atingir esses mesmos objetivos. Definidas as estratégias são elaborados programas e projetos, preparando-os, avaliando os recursos financeiros, materiais e humanos para os implementar. A última etapa é sempre a avaliação identificando parâmetros e intervenções que poderiam aumentar a eficácia e eficiência das intervenções programadas. Como apoio á realização do projeto foi elaborado um cronograma de atividades (apêndice II).

Os recursos humanos para a realização do projeto, além do mestrando foram a professora Andreia Costa e a Enf. Carla Vidinha. Os custos financeiros adjacentes à sua realização foram integralmente suportados pelo mestrando.

3.1- Diagnóstico de Situação de Saúde

A etapa inicial da metodologia do planeamento em saúde é o diagnóstico de situação, que deve ir de encontro às necessidades da população, sendo que a concordância entre necessidades e diagnóstico decidirá a pertinência de todo o projeto (Imperatori & Giraldes, 1986).

O diagnóstico de situação deve ter como principais características ser suficientemente alargado aos setores económicos e sociais por forma a permitir identificar os principais problemas de saúde e respetivos fatores condicionantes” (Imperatori e Giraldes, 1993, p.11).

De seguida estão expostas as opções metodológicas que foram realizadas com vista á operacionalização do projeto e essenciais para a realização do diagnóstico de situação, iniciando com uma caracterização do local onde foi implementado o projeto, descrição da população alvo e amostra, descrição do instrumento de recolha de dados, questões éticas e apresentação dos resultados do diagnóstico.

3.1.1 – Local de intervenção

O projeto de intervenção foi realizado na Unidade de Saúde Familiar A. Esta unidade engloba-se num Agrupamento de Centros de Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, servindo atualmente aproximadamente 12000 utentes, sendo uma USF modelo A. O concelho onde se encontra implementada apresenta um grande número de imigrantes compondo quase 10% da sua totalidade e nos últimos 10 anos apresentou um aumento da população idosa de 16% para 20% e um índice de envelhecimento de 118 em 2001 para 140 em 2011 (INE, 2012), aumentando a necessidade e pertinência de projetos vocacionados para esta faixa etária da população.

A equipada da USF A é composta por 7 médicos, 7 enfermeiros e 5 assistentes técnicas, sendo uma unidade muito recente com menos de 2 anos de existência. Estes utentes anteriormente estavam inscritos numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados e na sua grande maioria sem médico de família atribuído, sendo as suas necessidades de saúde atendidas durante vários anos por diferentes médicos, muitos de serviços externos, impossibilitando um acompanhamento pelos mesmos profissionais. Este fator é descrito na literatura como um fator de risco para a polimedicação (Riker e Setter, 2012).

Além deste motivo, a escolha da unidade para a realização do projeto de intervenção deveu-se a vários fatores, destacando-se a conveniência geográfica para a realização do estágio e o fato de esta unidade apresentar um grande índice de envelhecimento, sendo que 40,39% dos seus utentes apresentam uma idade igual ou superior a 65 anos e 1385 desses utentes mais de 75 anos e um índice de dependência de 61,02% (BI-CSP, 2019). Como referido anteriormente a idade é um dos fatores mais referidos na literatura da baixa adesão ao regime medicamentoso e da polimedicação. O entusiasmo demonstrado pela equipa e a vontade de desenvolver novos projetos também influenciou a decisão.

Em termos medicamentosos os utentes com idade superior a 65 anos são os maiores consumidores de medicamentos prescritos na USF, sendo que em média no ano de 2019 foram prescritas 16 embalagens de medicamentos por cada utente com idade igual ou superior a 65 anos inscritos na unidade. Os medicamentos mais prescritos foram a atorvastatina, metformina, ácido acetilsalicílico, sinvastatina, paracetamol, bisoprolol, indapamida, omeprazol e pantoprazol, indo de encontro às patologias mais frequentes na população (BI-CSP, 2019).

3.1.2 - População alvo/amostra

Na elaboração do diagnóstico de situação deste projeto de intervenção foi definida como população todas as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos inscritas na USF A.

Fortin define população alvo como “elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos e para os quais o investigador quer fazer generalizações” (Fortin, 2009, pág. 202), sendo neste caso constituída pela população idosa inscrita na USF A, com 5 ou mais medicamentos crónicos prescritos. Dentro desta população foram definidos como critérios de inclusão na amostra:

- Aceitem integrar o estudo.
- Principais gestores do seu regime medicamentoso.
- Compreensão da língua Portuguesa.

3.1.3 - Instrumento de recolha de dados

Na recolha da informação para o diagnóstico de situação foi utilizado um questionário (apêndice III), sendo aplicado através de entrevista. O questionário encontra-se subdividido em 3 partes, sendo a primeira uma caracterização

sociodemográfica dos participantes, englobando dados como a idade, sexo e habilitações literárias. Estes fatores sociodemográficos estão descritos na literatura como fatores de risco na adesão ao regime medicamentoso (Gavilán-Moral, Villafaina-Barroso, Jiménez-de Gracia, e Gómez Santana, 2012), sendo também referidos como fatores influenciadores da polimedicação (Hovstadius e Petersson, 2012).

A segunda parte do questionário é constituída pela Medida de Adesão ao Tratamento. Esta medida foi validada por Lima e Delgado em 2001 para a população portuguesa, sendo baseada na medida de adesão criada em 1986 por Morisky, Green e Levine, á qual foi adicionada uma pergunta sendo composta por 7 questões. As questões 1,2,3 e 4 foram adaptadas de Morisky et al. (1986), a questão 6 adaptada de Ramalhinho (1994) e a 7 de Shea, Misra, Ehrlich, Field, e Francis (1992) (Lima e Delgado, 2001). Na sua resposta é utilizada uma escala de Likert que varia de 1 a 6 em o 1 corresponde a sempre e o 6 a nunca. O seu objetivo é avaliar qual a adesão ao regime terapêutico, muito vocacionada para o regime medicamentoso. Este instrumento foi o mais referido na literatura, sendo utilizada frequentemente em estudos de adesão, sendo de fácil aplicação e compreensão, colocando questões simples relativas a comportamentos recorrentes do quotidiano diário das pessoas. Está também presente na prática diária dos profissionais de saúde de cuidados de saúde primários em Sclinic. O seu resultado pode ser interpretado na sua totalidade ou avaliando cada questão isoladamente existindo questões vocacionadas para a averiguação do impacto das dificuldades económicas na adesão ou por comportamentos de não adesão por excesso de prescrição (Lima, Delgado, 2001).

A terceira e última parte consiste em alguns itens sobre o regime medicamentoso, como o número total de medicamentos, se tomou medicação adquirida sem prescrição médica nos últimos 3 meses e se utiliza atualmente algum tipo de produto natural ou suplemento alimentar. Estes dois últimos itens são de muito relevo em utentes polimedicados. Em anexo está a autorização da versão validade para a população Portuguesa da Medida de Adesão ao Tratamento (anexo I).

A recolha dos dados foi realizada durante todo o mês de outubro de 2019 nas instalações da USF A. Todos os utentes com consulta presencial durante este período, que obedeciam aos critérios de inclusão da amostra foram convidados a

participar no projeto. A avaliação dos critérios de inclusão foi realizada pelo elemento da equipa multidisciplinar que observou o utente, não existindo acesso a dados clínicos por parte do mestrando.

Devido ao sucesso do projeto assentar na adesão ao mesmo por parte da equipa multidisciplinar, antes da recolha de dados foi realizada uma apresentação á mesma com os objetivos do projeto e toda a metodologia associada. Foram também fornecidos lembretes para colocar na parte inferior do computador de cada profissional com os objetivos e critérios de inclusão na amostra.

Estas informações foram reforçadas em todas as reuniões realizadas durante o período de recolha de dados. Os elementos da equipa multidisciplinar ao identificar uma pessoa que cumpria os critérios de inclusão, apresentou muito sucintamente o projeto e os seus objetivos e em caso favorável encaminhou a pessoa para o mestrando para a realização da entrevista.

3.1.4 - Considerações éticas

Um dos maiores desafios colocados aos investigadores em qualquer tipo de investigação que envolva pessoas são os desafios éticos, devendo ser o respeito pelos direitos de todos os indivíduos uma prioridade (Fortin, 2009). O cumprimento de todas as normas éticas foi uma prioridade na realização deste projeto, sendo realizadas várias diligências para o seu escrupuloso cumprimento.

Foi realizada uma solicitação á coordenadora da unidade funcional onde se implementou o projeto, pedindo autorização para a sua realização e se estavam presentes as condições físicas para a implementação do mesmo, sendo este pedido aceite (anexo II).

Foi realizada solicitação ao diretor executivo do Agrupamento de Centros de Saúde ao qual pertence a USF A, e ao núcleo de formação e investigação do mesmo, que de acordo com as normas em vigor avalia previamente todos os projetos de intervenção, sendo o parecer positivo (anexo III).

Posteriormente foi solicitado ao comité de ética para a saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, um pedido de autorização, o qual após análise teve parecer positivo (anexo IV).

Previamente à realização da entrevista foi realizado um esclarecimento do que era pretendido no projeto e os seus objetivos, esclarecendo qualquer dúvida apresentada. Todos os entrevistados assinaram um consentimento informado em

duplicado ficando uma cópia para o mestrando e outra para o participante (Apêndice IV e V). A não realização deste passo foi motivo de exclusão da amostra. A entrevista teve um tempo médio de 20 minutos. Os utentes que apresentaram baixa adesão na MAT foram convidados a participar na fase de intervenção do projeto.

As informações recolhidas nas entrevistas e os questionários foram alvo de armazenamento minucioso, com vista à manutenção da privacidade. Os questionários e consentimentos foram armazenados separadamente de forma a não comprometer o anonimato dos participantes, estando o questionário numerado e somente manuseados dentro na unidade onde foi implementado o projeto, limitando o risco de extravio da informação.

Na análise quantitativa dos dados foi utilizada a ferramenta SPSS versão 20, estando os dados recolhidos numa pasta protegida com palavra-chave pessoal e intransmissível. Todos os questionários e bases de dados serão destruídos após o término do projeto, na presença de testemunhas.

3.1.5 - Apresentação dos dados

Durante o período de recolha de dados foram referenciados pelos diversos profissionais de saúde 73 pessoas que cumpriam os critérios de inclusão na amostra. Destes, e após o esclarecimento dos objetivos e metodologias do projeto, 64 pessoas aceitaram participar, significando uma percentagem de participação de 85%.

Tabela 1 - Distribuição dos Participantes por Sexo.

Sexo	Número de participantes	Percentagem %
Masculino	30	47%
Feminino	34	53%

A maioria dos integrantes no projeto era do sexo feminino, representando 53% da amostra, em relação aos 47% do género masculino. Em relação á idade a média foi de 76,5 anos, sendo a moda 79 anos. A idade dos participantes variou dos 65 aos 89 anos. Em relação á escolaridade existiu uma grande variação dos graus académicos (tabela 2), sendo a escolaridade primária a mais comum, sendo relevante que existiram o mesmo número de participantes sem nenhuma escolaridade que os participantes com curso superior.

Tabela 2 – Distribuição dos Participantes por Escolaridade.

Escolaridade	Número de participantes	Percentagem%
Sem Escolaridade	4	6,3%
Escola Primária	35	54,7%
Ciclo Preparatório	14	21,6%
Ensino Secundário	6	9,4%
Curso Técnico	1	1,6%
Profissional		
Curso Superior	4	6,3%

Os resultados da aplicação da Medida de Adesão ao Tratamento (Tabela 3) revelaram que a aderência média da amostra era positiva, obtendo um valor médio 5,33 num total de 6. Os resultados variaram entre os 3,86 e os 6. Foi definindo um limite da não adesão como qualquer elemento da amostra com um valor inferior a 5. Este valor resulta do arredondamento da média obtida nos resultados, sendo que as autoras estabelecem a média aritmética como valor de adesão. Existiram 14 pessoas que apresentaram valores abaixo desse patamar, representando 21,87% da amostra.

Observando cada questão isoladamente é possível observar o esquecimento da toma de medicamentos e descuido das horas a que tomam os medicamentos, são os problemas mais referidos pelos elementos da amostra, sendo a média de ambas as questões inferior a 5 (4,82 e 4,90 respetivamente). Inversamente os comportamentos menos referidos foram a toma de um ou vários comprimidos por iniciativa própria após se ter sentido pior e deixar de tomar medicamentos para a doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico. No geral apesar da adesão ser em média elevada, cerca de um quinto dos elementos da amostra apresenta baixa adesão, sendo o esquecimento e o descuido com as horas os comportamentos de não adesão mais referidos sem esquecer que os restantes comportamentos são ainda referidos em diversos elementos da amostra, sendo áreas de intervenção a considerar.

Tabela 3 – Resultados da Aplicação da Medida de Adesão ao Tratamento.

Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?					
Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por Vezes	Raramente	Nunca
0%	0%	7,8%	28,1%	37,5%	26,6%
Alguma vez foi descuidado com as horas de toma dos medicamentos para a sua doença?					
Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por Vezes	Raramente	Nunca
0%	0%	3,1%	39,1%	21,9%	35,9%
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por se sentir melhor?					
Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por Vezes	Raramente	Nunca
0%	0%	1,6%	14,1%	15,6%	68,8%
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?					
Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por Vezes	Raramente	Nunca
0%	0%	1,6%	15,6%	17,2%	65,6%
Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?					
Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por Vezes	Raramente	Nunca
0%	0%	0%	12,5%	10,9%	76,6%
Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?					
Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por Vezes	Raramente	Nunca
0%	0%	3,1%	15,6%	17,2%	64,1%
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?					
Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por Vezes	Raramente	Nunca
0%	0%	1,6%	9,4%	23,4%	65,6%

Relativamente ao número de medicamentos que cada pessoa se encontrava a tomar (tabela 4), o número médio foi de 6,96 medicamentos diferentes, aproximando dos valores referidos por Costa em 2009 de 7,3. O número mínimo referido foi de 5, o limite mínimo para ser incluído na amostra e o máximo de 16 medicamentos. Realizando a soma de todos os participantes, o número total de medicamentos utilizados pelas 64 pessoas da amostra foi de 446.

Tabela 4 – Número de Medicamentos Utilizados.

Nº Medicamentos	Número de participantes	Percentagem %
5	22	34,4%
6	10	15,6%
7	9	14,1%
8	10	15,6%
9	5	7,8%
10	5	7,8%
11	2	3,1%
16	1	1,6%

Tabela 5 – Uso de Produtos Naturais e Suplementos Alimentares.

Uso de produtos naturais e suplementos alimentares	Número de participantes	Percentagem %
Sim	24	37,5%
Não	40	62,5%

Sobre a utilização de produtos naturais e suplementos alimentares (Tabela 5), 37,5% dos participantes referir estar atualmente algum destes produtos. 50% dos elementos da amostra refere ter tomado medicação sem indicação médica nos últimos 3 meses (Tabela 6). A totalidade dos resultados encontra-se descrita no apêndice VI.

Tabela 6 - Toma de Medicamentos sem Indicação Médica nos Últimos 3 Meses.

Tomou Medicamentos sem Indicação Médica nos Últimos 3 Meses	Número de participantes	Percentagem %
Sim	32	50%
Não	32	50%

3.1.6 - Problemas de saúde identificados

Avaliando os dados apresentados anteriormente é possível identificar diversos problemas, cumprindo assim a primeira etapa do processo de planeamento em saúde. Foi então elaborada uma lista dos problemas identificados.

Tabela 7 - Problemas Identificados no Diagnostico de Situação.

Áreas de Intervenção	Problema Identificado
Gestão Terapêutica	<ul style="list-style-type: none">• Baixa adesão ao regime medicamentoso• Elevado consumo produtos naturais e suplementos alimentares• Automedicação• Polimedicação

O analfabetismo constitui um problema na adesão ao regime medicamentoso, numa sociedade cada vez mais digital, em que as prescrições são cada vez mais realizadas de forma eletrónica. Uma grande percentagem dos elementos da amostra apresenta valores baixos de adesão, agravado pela grande quantidade de medicação não prescrita que é referida ser utilizada e uso de produtos naturais de suplementos alimentares que podem aumentar o risco de não adesão, pois quantos mais medicamentos a pessoa idosa tenha que gerir maior será a probabilidade de erros e não adesão e aumenta o risco de interações medicamentosas.

Estes problemas foram posteriormente transformados em diagnósticos de enfermagem utilizando linguagem CIPE (OE, 2015):

- 10030192 Adesão ao regime medicamentoso comprometido
- 10023819 Conhecimento sobre regime medicamentoso não demonstrado

3.2 - Definição de Prioridades

A seleção de prioridade é a segunda etapa do processo de planejamento onde após a identificação dos problemas de saúde na etapa anterior se procederá a sua hierarquização, sendo essencial para a utilização eficiente dos recursos disponíveis e resultados pretendidos (Imperatori e Giraldes, 1992).

O seu objetivo não é atribuir uma maior importância aos diversos problemas identificados, mas sim dar procedência a quais devem ser tratados primeiramente (Pineault e Daveluy, 1987). Tragakes e Vienonen (1998) esclarecem que este deve ser um processo organizado e ciente, baseando-se em critérios e regras bem estabelecidas. O método de priorização selecionado foi o método Hanlon. Esta metodologia baseia-se em 4 critérios, sendo o primeiro a magnitude (A), que corresponde ao número de pessoas afetados pelos problemas, sendo definida numa escala numérica de 0 a 10 que deverá ser adaptada à amostra (tabela 8), em que o valor equivale à percentagem de população afetada pelo problema.

Tabela 8 - Escala de Magnitudes.

Magnitude (Percentagem pop.)	Valor
Maior ou igual a 50%	10
Entre 30% a 49%	8
Entre 10% a 29%	6
Menos de 10%	4

A baixa adesão ao regime medicamentoso foi identificada em 21,87% da amostra o que corresponde a uma magnitude de 6. Como todos os utentes são polimedicados a magnitude é de 10. A automedicação afeta metade da amostra representando uma magnitude de 10 enquanto o consumo de produtos naturais e suplementos alimentares com 37,5% de respostas positivas equivale a uma magnitude de 8.

A severidade (B) do problema representa o segundo componente da metodologia e varia numa escala entre 0 e 10. O terceiro componente corresponde à eficácia (C), ou seja qual a facilidade da sua resolução, variando numa escala entre 0,5 e 1,5 em que o valor menor corresponde a uma maior dificuldade de resolução. O último componente é a exequibilidade (D), que integra diversos componentes na sua avaliação: pertinência, exequibilidade, aceitação, recursos e legalidade. Com

base numa avaliação destes critérios deve ser atribuído o valor 0 ou 1, em que o 0 representa não ser exequível a resolução da problemática e o 1 que o problema é exequível. A avaliação desta metodologia é determinada através da fórmula: Valor de Prioridade = (A+B) x C x D. A escolha deste método reside na sua flexibilidade e no facto que os critérios utilizados serem os mais comuns na temática da determinação de prioridades (Pineault e Daveluy, 1987).

Para a sua concretização foi pedida colaboração de um grupo de peritos sendo este constituído pela equipa de enfermagem da USF A, que pela sua proximidade e conhecimento da população, detinha um conhecimento único dos critérios aplicados. Para uma maior globalidade foi também pedida a colaboração de enfermeiras especialistas em saúde comunitária de diversas origens profissionais, englobando exercício profissional em Unidade de Saúde Familiar, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados e Unidade de Saúde Pública. O grupo de peritos no total foi constituído por 8 elementos. Após uma reunião em que foram apresentados os resultados do diagnóstico de situação e toda a sua metodologia foi pedido a cada elemento do grupo que fornecessem os valores correspondente á severidade, eficácia e exequibilidade. Após o cálculo da média dos valores foi possível obter os resultados espelhados na tabela 9.

Tabela 9 - Método Halon de Determinação de Prioridades Aplicado aos Problemas Identificados.

Problema	Magnitude	Severidade	Eficácia	Exequibilidade	Total
Baixa adesão ao regime medicamentoso	6	10	1	1	15
Elevado número utentes polimedicados	10	10	0,5	1	10
Automedicação	10	9	0,5	1	9,5
Uso elevado de suplementos alimentares e produtos naturais	8	6	0,5	1	7

Após a análise dos resultados a baixa adesão ao regime medicamentoso foi selecionado como o mais prioritário sendo por isso definido como o alvo primário do projeto de intervenção. O elevado número de utentes polimedicados com um total de 10 foi o segundo problema priorizado, indo também ser abordado no projeto, reforçando a ligação entre as duas temáticas que ficou demonstrado anteriormente no enquadramento teórico.

3.3 - Fixação de objetivos

Na sequência da priorização dos problemas obtidos através do diagnóstico de situação foram fixados objetivos gerais e específicos, e objetivos operacionais para a sua implementação. Tavares (1990) refere que estes devem ser específicos, mensuráveis, exequíveis, realistas e ajustado ao período temporal disponível para a implementação.

Foi definido como objetivo geral para este projeto de intervenção intervir em contexto comunitário para a capacitação das pessoas idosas, inscritas na USF A, na promoção da adesão do regime medicamentoso em situações identificadas de polimedicação.

Como objetivos específicos e operacionais pretende-se:

Objetivo específico 1 - Capacitar as pessoas idosas polimedicadas inscritas na USF A para a melhoria da adesão ao seu regime medicamentoso.

Objetivos operacionais:

- Realizar 2 sessões de educação para a saúde a pessoas idosas polimedicadas inscritas na USF A sobre adesão ao seu regime medicamentoso.
- Que 70% das pessoas idosas polimedicadas inscritas na USF A que participem na 1ª sessão de educação para a saúde “Adesão Ao Regime Medicamentoso Da Pessoa Idosa Polimedicada Em Contexto Comunitário” sejam capazes de identificar 3 atividades promotoras da adesão ao regime medicamentoso.
- Que 70% das pessoas idosas polimedicadas inscritas na USF A que participem na 1ª sessão de educação para a saúde “Adesão Ao Regime Medicamentoso Da Pessoa Idosa Polimedicada Em Contexto Comunitário”

sejam capazes de identificar 3 complicações derivadas da não adesão ao regime medicamentoso.

- Que 70 % das pessoas idosas polimedicadas inscritas na USF A que participem na 2ª sessão de educação para a saúde “Adesão Ao Regime Medicamentoso Da Pessoa Idosa Polimedicada Em Contexto Comunitário” classifiquem globalmente a sessão de sensibilização de suficiente, bom ou muito bom a mesma.

Objetivo específico 2 - Capacitar as pessoas idosas polimedicadas inscritas na USF A para prevenção dos riscos associados à polimedicação.

Objetivos operacionais:

- Realizar 2 sessões de educação para a saúde a pessoas idosas polimedicadas inscritas na USF A sobre os riscos associados à polimedicação.
- Que 70 % das pessoas idosas polimedicadas inscritas na USF A que participem na 1ª sessão de educação para a saúde “Adesão Ao Regime Medicamentoso Da Pessoa Idosa Polimedicada Em Contexto Comunitário” sejam capazes de identificar 3 riscos associados à polimedicação.
- Que 70 % das pessoas idosas polimedicadas inscritas na USF A que participem na 2ª sessão de educação para a saúde “Adesão Ao Regime Medicamentoso Da Pessoa Idosa Polimedicada Em Contexto Comunitário” classifiquem globalmente a sessão de sensibilização de suficiente, bom ou muito bom a mesma.

Objetivo específico 3 - Sensibilizar os profissionais de saúde da USF A sobre a importância do seu papel na prevenção dos riscos da polimedicação e adesão ao regime medicamentoso.

Objetivos operacionais:

- Realizar uma sessão sensibilização sobre o papel dos profissionais de saúde na prevenção dos riscos associados à polimedicação e aumento da adesão medicamentosa dos utentes inscritos na USF A.
- Que 70 % dos profissionais de saúde da USF A participem na sessão de sensibilização.

- Que 70 % dos profissionais de saúde da USF A que participem na sessão de sensibilização classifiquem globalmente a sessão de sensibilização de suficiente, bom ou muito bom a mesma.
- Que 70 % dos profissionais de saúde da USF A que participem na sessão de sensibilização, identifiquem 3 ações clínicas a desenvolver para prevenção dos riscos associados à polimedicação e melhoria da adesão ao regime medicamentoso dos utentes inscritos na USF A.

Conjuntamente com a definição de objetivos foram também definidos indicadores de atividade e resultado, de forma a assegurar o seu efetivo cumprimento, que foram avaliados no final da implementação do projeto e que se encontram expostos e discutidos no subcapítulo avaliação. As sessões de educação para a saúde referidas nos objetivos específicos 1 e 2 serão comuns, e realizadas simultaneamente, devido à profunda relação entre ambas as temáticas, que exige que sejam abordadas conjuntamente.

3.4 - Seleção de Estratégias

A etapa da seleção das estratégias é uma das mais importantes no processo do planeamento, em que são definidos quais os processos mais adequados para reduzir os problemas de saúde considerados prioritários. Imperatori e Giraldes (1992) definem estratégias de saúde como “um conjunto coerente de técnicas específica, organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo reduzindo assim um ou mais problemas de saúde” (Imperatori e Giraldes, 1992, pág. 65).

As estratégias devem ser detalhadas de forma a serem compreendidas, e não têm que ser tomadas no domínio da saúde (Nunes, 2016). No processo de seleção de estratégias para este projeto foram utilizados dois processos. Primeiramente foi realizada uma pesquisa bibliográfica exaustiva e numa segunda fase foi pedida a colaboração da equipa multidisciplinar da USF A, na sugestão de estratégias a utilizar.

Inicialmente foi realizada uma revisão scooping da literatura (Apêndice VII) com o objetivo de mapear a literatura existente sobre as intervenções de enfermagem promotoras da adesão medicamentosa na pessoa idosa em contexto comunitário, identificando quais as intervenções com maior eficácia na promoção da adesão ao regime medicamentoso. Esta revisão incluiu todos os artigos e estudos

focados no contexto comunitário que apresentem intervenções de enfermagem com o objetivo de aumentar a adesão ao regime medicamentoso, sem limite temporal, que estivessem presentes nas bases de dados MEDLINE e CINAHL.

Foram utilizadas as seguintes palavras-chave em inglês na revisão: *Nurs**, *Medication Compliance*, *Aged*, *Community health centres*, *Community networks*, *Community health nursing*, *Community medicine*, *Medication adherence*, *Community health services*. Todos os resultados obtidos foram analisados através da leitura do título e *abstract*, em caso de dúvida foi analisado todo o artigo. Foram obtidos 7 resultados que foram analisados e avaliadas as estratégias neles apresentados.

Da sua análise rapidamente ficou evidente que as intervenções de educação para a saúde eram as mais frequentes, variando no seu contexto de aplicação. Sessões de educação para a saúde em grupo (Shillam, Orton, Waring e Madsen, 2013) ou individualizadas (Olaiya, Cadilhac, Kim, Nelson, Srikanth, Gerraty e Thrift, 2017), foram das intervenções que apresentaram maiores taxas de eficácia, assim como a elaboração de listas de medicamentos, que apesar de aparentemente ser uma atividade simples e fácil execução é recorrente a praticamente a totalidade dos resultados obtidos e é uma das que apresenta maior eficácia (Griffiths, Johnson, Piper e Langdon 2004; Kim, Ko, Lee, Kim e 2014; Park, Kim, (n.d.); Shimamura, Taguchi, Kobayashi, Nagata, Magilvy e Murashima, 2013; Vukov, Davis e Quinlan, 2017). Visitas domiciliárias, *fallow Up* e entrega de kits de gestão de medicamentos também foram mencionados, mas com menores taxas de eficácia.

Um dos objetivos propostos foi a sensibilização dos profissionais de saúde da USF A em relação às temáticas abordadas no projeto, pelo que a melhor estratégia encontrada para ir de encontro a este objetivo foi a realização de uma sessão de sensibilização. Este momento foi também aproveitado para pedir a colaboração da equipa multidisciplinar, aproveitando o seu profundo conhecimento sobre a população inscrita na unidade, sobre quais as intervenções deveriam ser implementadas. Os resultados mais obtidos foram:

- Revisão da medicação.
- Sessões de educação para saúde.
- Melhoria das estratégias de comunicação com o utente.
- Entrega de lista de medicamentos crónicos.
- Avaliação sistemática da adesão ao regime medicamentoso.
- Questionar sobre toma de produtos naturais.

A educação para a saúde foi a principal estratégia selecionada sendo as sessões de educação para a saúde, devido a serem uma das intervenções mais referidas na literatura e com maior eficácia, e também das mais referidas pelos profissionais da USF, uma das principais formas de a implementar. Esta estratégia também se enquadra no Modelo de Promoção da Saúde de Pender, Murdaughe e Parsons (2014) que orienta este projeto. A elaboração de listagens de medicamentos, sensibilização sobre riscos associados a polimedicação, automedicação e uso de produtos naturais, pela sua relevância na adesão ao regime medicamentoso também foram selecionadas.

A OMS define educação para a saúde como um processo consciente de construção de oportunidades de aprendizagem envolvendo alguma forma de comunicação desenhada para melhorar a literacia em saúde, conhecimentos e que desenvolva capacidades que conduzam a melhorias de saúde individuais ou de uma comunidade (OMS; 1998). Não está apenas focada na comunicação de informação, mas também em fomentar a motivação, capacidades e confiança necessária para a toma de ações com vista a melhorar a saúde. Envolve a comunicação de informações referentes às condições sociais, ambientais e económicas que podem influenciar a saúde, assim como de fatores de risco individuais, envolvendo a comunicação de informação e desenvolvimento de habilidades (OMS, 1998). Esta definição vai de encontro aos objetivos traçados para o projeto de intervenção, em que se pretende fornecer informação relativa á adesão ao regime medicamentoso e aos riscos associados à polimedicação de forma a capacitar as pessoas idosas, motivando-as a alterar comportamentos de risco promovendo a sua saúde.

3.5 - Planeamento Operacional

Após a definição de quais as estratégias mais adequadas para a concretização dos objetivos propostos, é necessário realizar a planificação e preparação das atividades a realizar para os alcançar. Neste subcapítulo é pretendido realizar uma descrição detalhada das atividades desenvolvidas ao longo da implementação do projeto de intervenção como referido por Imperatori e Giraldes (1993) “preparar uma lista das atividades do projeto e precisar como cada uma dessas atividades deve ser executada: determinar detalhadamente as necessidades em recursos ao longo do tempo; e estabelecer um calendário detalhado da execução do projeto” (p.116) ”

Uma das principais dificuldades sentidas no início da preparação da implementação do projeto foi o fato de nunca até a data terem sido realizadas sessões de grupo para a educação para a saúde na unidade funcional onde o projeto foi implementado. Não existia por isso histórico de qual seria a receptividade dos utentes inscritos a esta metodologia e, quais as principais estratégias para promover a adesão dos mesmos às sessões programadas.

Devido à crónica falta de meios humanos nos cuidados de saúde primários muitas vezes o foco primordial dos seus cuidados, que deveria ser a prevenção primária, é substituída pelo tratamento da doença, sendo este um paradigma muito difícil de alterar, sendo que muitos utentes referiam na fase do diagnóstico de situação que nem pensavam que atividades como estas fossem realizadas nos cuidados de saúde primários.

A concretização deste projeto de intervenção estava muito dependente da adesão dos profissionais da equipa multidisciplinar ao mesmo. Por este motivo a primeira prioridade foi tentar incluir o mais possível os profissionais de saúde da unidade do projeto, para que este fosse realmente um projeto da unidade funcional e não somente um projeto individual. Em todas as fases do processo de planeamento foram envolvidos os profissionais da unidade, estimulando e valorizando os contributos para a sua realização.

A colaboração era essencial porque por motivos éticos não foi obtido o acesso aos processos clínicos dos utentes da unidade, sendo por isso fulcral a colaboração dos profissionais na identificação das pessoas polimedicadas que apresentavam problemas de adesão ao regime medicamentoso e respetivo encaminhamento para as atividades programadas no projeto. Mas também para uma maior abrangência do projeto de intervenção era essencial que toda a equipa estivesse desperta para as problemáticas da polimedicação e adesão ao regime medicamentoso, até porque uma atuação conjunta dos diversos profissionais é essencial na problemática da polimedicação.

Estes motivos impuseram que numa primeira fase o projeto incidisse sobre a equipa multidisciplinar da USF A. De forma a sensibilizar os profissionais de saúde da USF A sobre a importância do seu papel na prevenção dos riscos da polimedicação e adesão ao regime medicamentoso, foi realizada uma sessão de sensibilização sobre as temáticas da polimedicação e adesão ao regime medicamentoso cujo plano e apresentação power point se encontram em anexo

(apêndice VIII e IX). Esta foi realizada dia 10 de janeiro de 2020 das 14 as 15 horas. O horário escolhido foi durante a reunião multidisciplinar semanal, de forma a obter a maior participação possível, devido a estas reuniões serem largamente concorridas. Foram apresentados os resultados do diagnóstico de situação de forma a demonstrar que as temáticas abordadas eram relevantes na população da unidade de saúde, e que a sua mitigação deveria ser uma prioridade e uma oportunidade para a obtenção de ganhos em saúde.

Foi criado um instrumento de avaliação para a sessão de sensibilização (apêndice X), no qual foi pedido a todos os profissionais que estavam presentes para indicar 3 ações clínicas a desenvolver para a prevenção dos riscos associados a polimedicação e melhoria da adesão ao regime medicamentoso dos utentes inscritos da USF A. O objetivo foi envolver os profissionais na elaboração do projeto de intervenção comunitária e aproveitar a sua proximidade com a população para que sugerissem as intervenções de maior eficácia.

Foi também apresentado o projeto de intervenção comunitário denominado “Adesão ao Regime Medicamentoso da Pessoa Idosa Polimedicada em Contexto Comunitário”, e pedida a sua colaboração para a sua implementação. Este consistia na realização de sessões de educação para a saúde com o objetivo de capacitar as pessoas idosas polimedicadas inscritas na USF A para a melhoria da adesão ao seu regime medicamentoso e prevenção dos riscos associados à polimedicação.

Os utentes polimedicados com problemas de adesão ao regime medicamentoso identificados durante os contactos com as diferentes equipas profissionais, na unidade funcional durante o período de implementação do projeto foram convidados a participar nas sessões de educação para a saúde e entregue um convite (apêndice XI) para a participação das mesmas, com os contactos para a realização da inscrição. Foram também afixados vários cartazes alusivos às sessões de educação e publicitados em todas as salas de trabalho da unidade funcional (apêndice XII).

Foram realizadas 2 sessões de educação para a saúde, nos dias 07 de fevereiro das 10 às 10,45h horas e 28 de fevereiro das 10 às 10,45h horas cujo plano das sessões se encontra em anexo assim como o power point apresentado (Apêndice XIII e XIV). A primeira sessão estava inicialmente programada para o mês de janeiro, mas por motivos de greve foi necessário o seu adiamento. Foram realizadas na sala de reuniões da USF A (Anexo V). As pessoas inscritas nas

sessões foram contactadas telefonicamente no dia anterior para confirmar a sua presença. Foi também criado um documento com suportes visuais (apêndice XV), em que os utentes poderiam listar a sua medicação.

A primeira parte da sessão foi expositiva onde foram apresentadas as temáticas e a sua importância. Foram também expostos quais os principais erros e dificuldades, referidos na literatura e obtidos no diagnóstico de situação, com impacto na adesão ao regime medicamentoso e estratégias para os mitigar. Foi também abordada a problemática da polimedicação. Foram expostos diversos apoios técnicos na área da medicação como caixas e lembretes e explicada a sua correta utilização. No final foi realizada a avaliação da sessão através da aplicação de um questionário (apêndice XVI).

As sessões foram limitadas a 12 participantes para permitir a colocação dos participantes num formato de mesa redonda, com o objetivo de permitir e incentivar a partilha de experiências e dificuldades. Esta demonstrou ser uma estratégia acertada, pois de forma quase unânime esta partilha foi referida como a parte que os participantes mais apreciaram no final da sessão. Contudo esta partilha também aumentou a duração da sessão consideravelmente e a sua moderação foi o maior desafio colocado na realização das sessões de educação para a saúde.

Para a segunda sessão de educação para a saúde, além das pessoas idosas polimedicadas com baixa adesão ao regime medicamentoso foram também convidadas as responsáveis das Instituições Particulares de Solidariedade Social com maior implantação na área geográfica onde se encontra situada a USF A. Participaram também os internos de medicina presentes na unidade que demonstraram interesse nas temáticas apresentadas.

Qualquer problema ou questão colocada durante as sessões de educação para saúde, que pudesse indicar a possibilidade de alguma situação clínica que comportasse riscos para o participante, foi comunicada às respetivas equipas de saúde para uma intervenção individualizada.

3.6 – Avaliação

Esta etapa apresenta-se como a última etapa na metodologia do planeamento em saúde, sendo o seu propósito verificar se os objetivos e metas traçados foram alcançados e a necessidade de reformulação de algumas atividades de forma a aumentar a eficácia das intervenções realizadas. Para a avaliação foram definidos diversos indicadores de processo e resultado.

Ao longo do período de implementação do projeto foram desenvolvidas diversas atividades como o objetivo de intervir em contexto comunitário para a capacitação das pessoas idosas, inscritas na USF A, na promoção da adesão do regime medicamentoso em situações identificadas de polimedicação, sendo que todas as atividades programadas foram passíveis de ser concretizadas.

Para uma melhor compreensão foi realizada uma avaliação a cada objetivo específico de forma individual, sendo os resultados apresentados em percentagem, sendo realizada no final uma avaliação global. O conjunto completo de resultados encontra-se exposto no apêndice XVII.

- **Objetivo específico 1** – Capacitar as pessoas idosas polimedicadas inscritas na USF A para a melhoria da adesão ao seu regime medicamentoso.

Para a concretização deste objetivo foi programado a realização de duas sessões de educação para a saúde. As duas sessões foram realizadas, sendo este objetivo cumprido. A primeira sessão obteve mais adesão (12 participantes) sendo que todos os inscritos compareceram, a segunda apesar de contar com mais inscritos não obteve a mesma adesão (6 participantes). O fato de a 2ª sessão de educação para saúde se ter realizado numa altura em que já se havia instalado os receios iniciais acerca do novo coronavírus foi o motivo referido pelos utentes que não compareceram.

Os participantes da primeira sessão de educação para a saúde conseguiram na sua maioria (83,4% dos participantes), após a mesma, identificar 3 atividades promotoras da adesão ao regime medicamentoso, e em menor numero (75% dos participantes) identificar 3 complicações derivadas da não adesão ao regime medicamentoso, cumprindo as metas definidas para os indicadores de resultado estipulados.

A partilha de experiências foi largamente referida no final da sessão como a parte que mais agradou aos participantes, referindo alguns que tinham dúvidas que

na sua opinião podiam demonstrar “idiotice” (sic), mas ao ouvir os outros compartilhar algumas das suas dúvidas, permitiu que colocassem dúvidas que “nem aos médicos tinha perguntado” (sic).

No sentido inverso o método de avaliação revelou ser confuso para cerca de metade dos participantes, exigindo a sua explicação por diversas vezes. Foram diversos os participantes que manifestaram esta dificuldade no final da sessão. O método do planeamento em saúde é constantemente mutável em busca de maior eficácia, e após a avaliação das dificuldades identificadas e conferenciado com a coordenadora de estágio, o método de avaliação foi alterado para a segunda sessão, motivo esse pelo qual a tabela 10 somente apresenta os resultados dos indicadores de resultado da 1ª sessão.

Tabela 10 – Indicadores de Processo Objetivo Específico 1 e Indicadores de Resultado 1ª Sessão de Educação para a saúde.

Tipo de indicador	Indicador	Meta	Avaliação
Processo	Número de sessões de educação para a saúde realizadas		(2/2)
	Número de sessões de educação para a saúde programadas	100%	100%
Resultado	Número de pessoas idosas polimedicadas inscritas na USF A que participaram na 1ª sessão de educação para a saúde que identifiquem 3 atividades promotoras da adesão ao regime medicamentoso	70%	(10/12)
	Número de pessoas idosas polimedicadas presentes na 1ª sessão de educação para a saúde		83,4%
	Número de pessoas idosas polimedicadas inscritas na USF A que participem na 1ª sessão de educação para a saúde que identifiquem 3 complicações derivadas da não adesão ao regime medicamentoso	70%	(9/12)
	Número de pessoas idosas polimedicadas presentes na 1ª sessão de educação para a saúde		75%

Para a segunda sessão foi utilizado outro questionário para avaliação (apêndice XVIII), com o qual foram obtidas reações muito mais satisfatórias. A escolha do questionário foi realizada após consulta bibliográfica e auscultada a opinião dos enfermeiros da USF, que referiram ser mais adequado ao público-alvo. Todos os participantes na segunda sessão de educação para a saúde a classificaram globalmente com bom ou muito bom, cumprindo o objetivo traçado como é visível na tabela 11.

Tabela 11 – Indicadores de Resultado 1º objetivo Relativos à 2ª Sessão de Educação Para a Saúde.

Tipo de indicador	Indicador	Meta	Avaliação
Resultado	Número de pessoas idosas polimedicadas inscritas na USF A que participem na 2ª sessão de educação para saúde que classifiquem globalmente a sessão de suficiente, bom ou muito bom a sessão de educação	70%	(6/6)
	Número de pessoas idosas polimedicadas inscritas na USF A que participaram na 2ª sessão de educação para saúde		100%

- **Objetivo específico 2** - Capacitar as pessoas idosas polimedicadas inscritas na USF A para prevenção dos riscos associados à polimedicação.

As sessões de educação para a saúde a realizar para a concretização deste objetivo eram comuns às do objetivo anterior, pois pela sua correlação ambas as temáticas foram apresentadas simultaneamente, embora o foco principal estivesse voltado na adesão ao regime medicamentoso.

Para a sua avaliação foram utilizados os mesmos questionários de avaliação e por isso, tal como no objetivo anterior foi alterado da 1ª para a 2ª sessão. A temática da polimedicação foi abordada em ambas as sessões de educação para a saúde cumprindo o objetivo de processo traçado. 83,4% dos participantes na primeira sessão conseguiu com sucesso identificar 3 riscos associados à polimedicação.

Na segunda sessão 100% dos participantes classificaram positivamente a sessão de educação para a saúde.

Tabela 12 - Indicadores de Processo e Resultado do Objetivo Específico 2.

Tipo de indicador	Indicador	Meta	Avaliação
Processo	Número de sessões de educação para a saúde realizadas	100%	(2/2)
	Número de sessões de educação para a saúde programadas		100%
Resultado	Número de pessoas idosas polimedicadas inscritas na USF A que participem na 1ª sessão de educação para a saúde que identifiquem 3 riscos associados à polimedicação	70%	(10/12)
	Número de pessoas idosas polimedicadas inscritas na USF A que participaram na 1ª sessão de educação para saúde		83,4%
	Número de pessoas idosas polimedicadas inscritas na USF A que participem na 2ª sessão de educação para saúde que classifiquem globalmente a sessão de suficiente, bom ou muito bom a sessão de educação	70%	(6/6)
	Número de pessoas idosas polimedicadas inscritas na USF A que participaram na 2ª sessão de educação para saúde		100%

- **Objetivo específico 3** -Sensibilizar os profissionais de saúde da USF A sobre a importância do seu papel na prevenção dos riscos da polimedicação e adesão ao regime medicamentoso.

Para a concretização deste objetivo foi realizada uma sessão de sensibilização. Esta contou com a presença da vasta maioria da equipa multidisciplinar da USF A (79,9% dos seus elementos). Como estratégia de estimular a envolvimento dos profissionais no projeto de intervenção, foi pedido que cada um dos participantes identificassem 3 ações clínicas a desenvolver para a prevenção

dos riscos associados à polimedicação e melhoria da adesão ao regime medicamentoso.

Tabela 13 - Indicadores de Processo e Resultado do Objetivo Específico 3.

Tipo de indicador	Indicador	Meta	Avaliação
Processo	Número de sessões de sensibilização para profissionais de saúde da USF A realizadas		(1/1)
	Número de sessões de sensibilização para profissionais de saúde da USF A programadas	100%	100%
	Número de profissionais de saúde da USF A participantes na sessão de sensibilização		(15/19)
	Número de profissionais de saúde da USF A	70%	79,9%
Resultado	Número de profissionais de saúde da USF A participantes na sessão de sensibilização, que identifiquem 3 ações clínicas a desenvolver para prevenção dos riscos associados à polimedicação e melhoria da adesão ao regime medicamentoso	70%	(13/15) 85,72%
	Número de profissionais de saúde da USF A presentes na sessão de sensibilização		
	Número de profissionais de saúde da USF A que participem na sessão de sensibilização que classifiquem globalmente a sessão de suficiente, bom ou muito bom		(15/15)
	Número de profissionais de saúde da USF A presentes na sessão de sensibilização	70%	100%

Dos 15 profissionais presentes 13 descreveram 3 ações clínicas, correspondendo a 79,9% dos participantes, identificaram essas ações, sendo que os restantes 2 elementos somente referiram duas. As intervenções identificadas estão espelhadas anteriormente no capítulo seleção de estratégias.

Esta sessão permitiu um momento de discussão e partilha, identificando as falhas do sistema informático, que não permite uma atualização eficaz da medicação crónica, a falta de tempo e inexistência de procedimentos estabelecidos de promoção da adesão ao regime medicamentoso como barreiras á sua correta promoção. Foi realçada a importância da manutenção dos registos informáticos sobre a medicação crónica o mais atualizada possível, permitindo um maior controlo por parte dos restantes profissionais de saúde sobre o regime medicamentoso de cada pessoa. Foi também ressaltado a necessidade da avaliação com mais assiduidade da adesão ao regime medicamentoso, identificando quais os grupos de riscos com maior prevalência de problemas de adesão ao regime medicamentoso.

Todos os participantes na sessão de sensibilização classificaram a sessão com bom ou muito bom, atingindo o objetivo proposto.

Globalmente é possível afirmar que todos os objetivos definidos foram alcançados e apesar das limitações temporais que não permitiram a implementação de mais atividades, é possível classificar positivamente a implementação do projeto de intervenção. A existência pessoas com diversos níveis de escolaridade e até a sua ausência foi uma das dificuldades sentidas, em que futuramente será necessário uma intervenção mais individualizada em algumas situações específicas como a falta de habilitações literárias.

A mudança do instrumento de avaliação da primeira para a segunda sessão permitiu que a fase de avaliação da sessão decorre-se com mais eficácia, sendo este questionário o que irá ser utilizado em futuras sessões.

As estratégias utilizadas obtiveram os resultados esperados, indo de encontro á bibliografia consultada na revisão da literatura que permitiu a sua seleção. Os constrangimentos temporais não permitiram uma avaliação da alteração dos comportamentos de adesão ao regime medicamentoso, mas a motivação observada pelos utentes e profissionais de Saúde da Unidade de Saúde Familiar após a realização das sessões permitem afirmar que as intervenções realizadas contribuíram de algum modo para o aumento da adesão ao regime medicamentoso e sensibilização das problemáticas derivadas da polimedicação.

4 - COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO DECORRER DO ESTÁGIO

A visualização, planificação e implementação deste projeto de intervenção comunitário foi um período de constante desenvolvimento pessoal e profissional, sendo um momento de aprendizagem e de evolução de competências, permitindo o meu progresso como enfermeiro, sempre guiando o meu trabalho pelos pressupostos, habilidades e capacidades definidas pela ordem dos enfermeiros como pertencendo ao âmbito da Enfermagem Comunitária.

Existem competências comuns que são partilhadas “por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade” (Regulamento nº140/2019, pág. 4746), sendo essencial sublinhar os seguintes domínios.

A nível da responsabilidade profissional e ética, foram sempre cumpridos os valores e normas deontológicas, e um escrupuloso cumprimento e proteção de todos os direitos dos participantes, tomando todas as decisões de acordo com a melhor informação disponível.

Todas as ações realizadas tiveram como finalidade última a melhoria contínua da qualidade dos cuidados fornecidos, utilizando a mais recente evidência científica e normas como matriz orientadora da minha intervenção. Ao implementar um projeto de intervenção foi possível envolver toda a equipa multidisciplinar, promovendo intervenções promotoras da adesão e segurança do regime medicamentoso.

A gestão dos cuidados é uma competência fundamental para um enfermeiro especialista, cada vez mais em foco numa realidade em que cada vez mais é necessário um maior aproveitamento dos recursos existentes. Este projeto devido ao seu desenho encontrava-se muito dependente da colaboração e participação de toda a equipa multidisciplinar. Foram por isso desenvolvidas as capacidades de motivação e organização de equipas, o que permitiu que esta se envolvesse profundamente no projeto, sentindo que após a sua conclusão existe uma maior preocupação e intervenção nas temáticas da adesão ao regime medicamentoso e polimedicação. Não existia um histórico de realização de sessões de educação e promoção para a saúde na USF A e este projeto veio provar a sua viabilidade e adesão por parte das pessoas que ela serve.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais ressalva-se a “identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou equipa multidisciplinar” (Regulamento nº140/2019, pág. 4749), na

medida em que foram trabalhadas as competências dos participantes do projeto na área da comunicação com profissionais de saúde que é descrita na literatura como um dos fatores que pode potencializar a baixa adesão ao regime medicamentoso e a polimedicação. Atuei como dinamizador da inclusão de novos conhecimentos através da realização de uma sessão de sensibilização, sempre com vista à obtenção de ganhos em saúde.

Relativamente às competências que se apresentam como específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, este deve “estabelecer, com base na metodologia do planeamento em saúde a avaliação do estado de saúde de uma comunidade” (Regulamento nº 428/2018, 2018, p.19354). A metodologia do planeamento em saúde foi a pedra basilar deste projeto seguindo as suas diferentes etapas, que permitiram definir quais as intervenções mais indicadas com o objetivo de promover a adesão ao regime medicamentoso nas pessoas idosas polimedicadas.

Foi realizado um diagnóstico de situação e através deste foi possível identificar problemas de saúde existentes e não somente teóricos ou percebidos. Os problemas identificados foram posteriormente priorizados utilizando critérios objetivos. Foram posteriormente formulados objetivos mensuráveis, e definidas as estratégias mais eficazes para os alcançar. A seleção das mesmas deveu-se à exploração da melhor informação científica disponível através de realização de uma revisão da literatura.

Após todos estes passos foi então implementado o projeto de intervenção comunitário “Adesão ao Regime Medicamentoso da Pessoa Idosa Polimedicada em Contexto Comunitário”, tentando envolver os restantes profissionais e recursos da comunidade de forma a garantir uma maior eficácia das intervenções. A avaliação do mesmo permitiu a implementação de ajustes e correções procurando maximizar as intervenções e aumentar os ganhos obtidos.

Todos os passos da metodologia foram essenciais na implementação do projeto e inestimáveis oportunidades de aprendizagem. Os cuidados de saúde primários onde me insiro profissionalmente apesar de servirem diretamente a comunidade estão mais vocacionados para a figura da pessoa e agregado familiar, sendo que esta metodologia oferece um guia orientador de como uma intervenção pode alterar a dinâmica de uma comunidade e promover comportamentos e ganhos

em saúde, sendo que todo este projeto teve como finalidade última contribuir para “o processo de capacitação de grupos” (Regulamento nº 428/2018, 2018, p.19356).

Para a obtenção de um grau de mestrado, é necessário desenvolver “*aptidões especializadas para a resolução de problemas em matéria de investigação e ou inovação, para desenvolver novos conhecimentos e procedimentos e integrar os conhecimentos de diferentes áreas*” (Portaria nº782/2009, pág. 4777). No planeamento e implementação deste projeto ao longo deste período de estágio foram também desenvolvidas competências e demonstradas capacidades e conhecimentos de compreensão, que permitiram o aprofundamento de conhecimentos sobre as temáticas abordadas, sendo estes conhecimentos posteriormente aplicados na resolução de problemas identificados, obrigando o mestrando a lidar com situações complexas, muitas vezes de forma autónoma.

Mas de ressaltar o desenvolvimento das capacidades comunicacionais, pois sem estas não seria possível transmitir e comunicar os dados obtidos aos restantes elementos da equipa multidisciplinar de forma a os envolver na intervenção. A oportunidade de realizar sessões de educação para a saúde a grupos de pessoas permitiu trabalhar capacidades de comunicação em grupo, criando estratégias para uma melhor transmissão da mensagem. Esta foi uma das experiências mais enriquecedoras deste estágio.

5 - CONCLUSÃO

Ao realizar uma súmula conclusiva da implementação deste projeto de intervenção, posso afirmar que a sua conceção, planificação e implementação foi uma das experiências mais complexas e gratificantes da minha vida profissional. Apesar da minha experiência de mais de 10 anos em Cuidados de Saúde Primários, nos seus diversos contextos, e apesar de ter participado em diversos projetos de intervenção comunitária, a experiência de o planificar e implementar era algo de completamente novo.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária:

“fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes...intervém em múltiplos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas” (Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, 2018, p.19354)

necessitando de estar atento á evolução da sua comunidade e ao desenvolvimento de novas problemáticas que possam produzir impacto na saúde das mesmas. As profundas transformações sociodemográficas por que a população portuguesa vem atravessando nos últimos anos impõem novos desafios aos serviços de saúde e expõem novas problemáticas exacerbando problemas já existentes.

O aumento da população idosa, com o aumento da esperança média de vida e dos índices de dependência são tendências que vão perdurar nos próximos anos, necessitando os serviços de saúde de uma preparação precoce para minimizar os problemas de saúde que daí poderão advir. O enfermeiro especialista em saúde comunitária pela sua proximidade com a comunidade tem uma oportunidade de intervir, procurando através da promoção para a saúde, ganhos na mesma e melhoria na qualidade de vida.

Michaud refere que “os enfermeiros, para cuidar, têm que compreender a complexidade da experiência da pessoa idosa que toma medicamentos e que vive em casa e o processo de gerir a sua medicação” (Michaud, 1996). As temáticas da polimedicação e adesão ao regime medicamentoso são áreas em que sua intervenção pode provocar uma real diferença, com ganhos quer para o individuo como para as organizações.

As temáticas da polimedicação e adesão ao regime medicamentoso, sempre foram preocupações pessoais, às quais sentia que nunca era atribuída a importância, que a sua dimensão como problema de saúde pública revela. Esta preocupação é espelhada a nível nacional no Plano Nacional Para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Despacho nº1400-A, 2015) e a nível internacional pela OMS no seu terceiro desafio global para a segurança do utente (OMS, 2019). Estas temáticas aparecem constantemente lado a lado na literatura, sendo que a polimedicação influi negativamente sobre a adesão ao regime medicamentoso e vice-versa, sendo por este motivo que ambas as temáticas foram abordadas neste projeto.

A prevenção dos riscos da polimedicação implica uma intervenção multidisciplinar e abrangente podendo envolver cuidadores informais, familiares, serviços de ação social além dos profissionais de saúde (Banning, 2007). Por este motivo foi uma prioridade desde o início do projeto envolver a equipa multidisciplinar da USF A, sendo que a sua motivação para a adesão ao projeto foi um dos maiores desafios encontrado, principalmente o envolvimento da equipa médica.

Na elaboração deste projeto foi utilizada a metodologia do plenamente em saúde (Imperatori & Giraldes, 1986). A aplicação desta metodologia foi essencial para a implementação e um grande processo de aprendizagem. A capacidade de planeamento é uma competência essencial para um enfermeiro especialista, ainda mais fulcral na área da saúde comunitária, permitindo aumentar a eficácia das intervenções e melhorar os *outcomes* pretendidos.

Foi realizado um diagnóstico de situação, realizando 64 entrevistas a pessoas idosas polimedicadas inscritas na USF A, que revelaram a existência de uma percentagem significativa de pessoas com potencial para melhorar a adesão ao regime medicamentoso, e que problemáticas como a automedicação e consumo de produtos naturais e suplementos alimentares eram recorrentes. Estas duas temáticas foram também abordadas pelo impacto direto que provocam na adesão ao regime medicamentoso e polimedicação.

Para a implementação deste projeto de intervenção e realização de diagnóstico de situação foram realizadas várias diligências éticas e pedidos de autorização. Todo este processo correu sem problemas relevantes, excetuando o pedido de autorização à comissão de ética em saúde da ARS LVT. Este acabou por ser a maior dificuldade e limitação encontrada na implementação do projeto de

intervenção comunitária. A autorização para a realização do projeto somente foi obtida em finais de setembro de 2019, ou seja, o diagnóstico de situação que idealmente seria realizado ainda durante o segundo semestre, só foi possível de implementar em outubro de 2019, limitando o tempo de estágio disponível para a implementação do projeto.

Essa limitação temporal implicou que algumas das intervenções idealizadas não fossem passíveis de ser implementadas, sendo os objetivos e avaliação dos mesmos adaptados ao tempo disponível assim como as estratégias utilizadas. As limitações derivadas da comissão de ética implicaram também a impossibilidade de aceder aos processos clínicos dos utentes, o que poderia ter facilitado a seleção das pessoas idosas polimedicada a participar no projeto.

Devido ao gozo de licença de paternidade, que coincidiu com o período de estágio, este foi suspenso durante um mês sendo o mesmo estendido até 13 de março. O final do período de estágio coincidiu com o aparecimento em Portugal dos primeiros casos de covid 19, o que provocou alguns constrangimentos na adesão dos utentes às atividades programadas, mais precisamente na adesão à segunda sessão de educação para a saúde. Em último caso, o desenvolvimento da pandemia iria abreviar a duração do estágio, sem implicações na implementação de todas as atividades previstas no projeto.

Apesar das contingências referidas anteriormente é possível realizar uma avaliação do projeto como muito positiva. Todas as atividades programadas foram passíveis de ser concretizadas e os objetivos definidos inteiramente alcançados. As estratégias selecionadas através da realização de uma revisão da literatura, baseando-se por isso na melhor evidência possível, e nas sugestões fornecidas pelos elementos da equipa multidisciplinar, mostraram-se acertadas e adaptadas á população. A realização da sessão de sensibilização e das sessões de educação para saúde foram desafios á minha capacidade organizativa, motivacional e comunicacional, capacidades que em minha opinião foram as mais desenvolvidas ao longo de todo este processo.

As estratégias utilizadas tiveram por base Modelo de Promoção da Saúde de Pender, Murdaugh e Parsons (2014), procurando capacitar e motivar as pessoas idosas polimedicada a alterar os seus comportamentos, promovendo e incentivando comportamentos promotores da adesão ao regime terapêutico, focando as barreiras e benefícios. “A capacitação dos cidadãos torna-os mais conscientes das ações

promotoras de saúde, bem como dos custos em que o sistema de saúde incorre pela utilização dos seus serviços” (PNS,2015, p.14).

Este objetivo principal foi, em minha opinião, também alcançado, e penso que dentro das limitações temporais existentes, consegui contribuir para a capacitação dos participantes, e sensibilização dos profissionais da USF A. Apesar do contexto acadêmico deste projeto, é meu objetivo que a sua implementação se mantenha ao longo do tempo, realizando sessões mensais na USF A e alargando o seu âmbito a todas as pessoas com diminuição da adesão ao regime medicamentoso, independentemente do número de medicamentos e idade.

Após a realização da 2ª sessão de educação para a saúde que envolveu alguns recursos da comunidade com maior proximidade á população servida pela USF A, surgiu o convite das IPSS representadas, para a realização das sessões nas suas instalações, quer dirigidas aos seus funcionários como aos seus utentes. Com o aparecimento da epidemia do Covid 19, estas atividades foram adiadas estando programadas para quando as condições de segurança o permitirem.

O projeto de intervenção foi essencial para a mobilização e aquisição de novos saberes e obtenção de novas competências, essenciais para a realização de cuidados de enfermagem especializados, assim como o desenvolvimento de aptidões correspondentes ao grau de mestre. Constituiu também um enorme desafio a nível pessoal e uma evolução profissional que permite abrir caminho a uma nova realidade de prestação de cuidados especializados, alargando o meu contexto de atuação e ferramentas disponíveis.

A saúde “começa em casa, na família, na comunidade e na sociedade” (PNS extensão 2020, p.14), o que reforça o papel do enfermeiro especialista em saúde comunitária, fundamental na promoção de comportamentos saudáveis nas comunidades “visando aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde” (Carta de Ottawa, 1986, p. 3).

BIBLIOGRAFIA

- Akazawa, M., Imai, H., Igarashi, A. & Tsutani, K. (2010) Potential lyin appropriate medication use in elderly Japanese patients. *American Journal Geriatric Pharmacother.* 8:146– 160. doi: 10.1016/j.amjopharm.2010.03.005.
- Alexandre, T., Corona, L. P., Nunes, D. P., Santos, J. L., Duarte, Y. A., & Lebrão, M.L. (2014). Disability in instrumental activities of daily living among older adults:gender differences. *Revista de saúde pública*, 48 (3), 379-89. doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004754.
- American Psychological Association (2012) APA Style guide. Acedido em 30/11/2019. Disponível em <https://apastyle.apa.org/>
- Aristizábal H., Gladis P., Blanco B., Dolly M., Sánchez R., Araceli, & Ostiguín M., (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexiónen torno a sucomprensión. *Enfermería universitaria*, 8(4), 16-23. DOI: 10.22201/eneo.23958421e.2011.4.248
- Banning, M. (2007). *Medication management and the older person*.Oxford Blackwell Publishing Ltd
- BI-CSP (2019). USF Almada: quem servimos. Disponível em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30033/3150373/Paginas/default.aspx> Consultado a 20 Dezembro 2019.
- BI-CSP (2019a). USF Almada: Medicamento. Disponível em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30033/3150373/Paginas/default.aspx>Consultado a 20 Dezembro 2019.
- Blackburn, D. F., Swidrovich, J., & Lemstra, M. (2013). Non-adherence in type 2 diabetes: practical considerations for interpreting the literature. *Patient preference and adherence*, 7, 183–189. doi: 10.2147/PPA.S30613
- Bourgeois, F. T., Shannon, M. W., Valim, C., & Mandl, K. D. (1984). Adverse drug events in the outpatient setting: an 11-year nation alanalysis. *Pharmacoepidemiology And Drug Safety*, 19(9), 901–910. doi: 10.1002/pds.1984
- Charlesworth, C. J., Smit, E., Lee, D. S., Alramadhan, F., & Odden, M. C. (2015). Polypharmacy Among Adults Aged 65 Years and Older in the United States:

- 1988-2010. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 70 (8), 989–995. doi: 10.1093/gerona/glv013.
- De Geest S., Zullig L.L., Dunbar-Jacob J., Helmy R., Hughes D.A., Wilson I.B., & Vrijens B. (2018) ESPACOMP Medication Adherence Reporting Guideline (EMERGE). *Annals Internal Medicine*;169(1):30-35 doi: 10.7326/M18-0543.
- De Geest, S., & Sabaté, E. (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. *European journal of cardiovascular nursing: journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 2(4), 323. [https://doi.org/10.1016/S1474-5151\(03\)00091-4](https://doi.org/10.1016/S1474-5151(03)00091-4)
- Decreto-lei nº 176/2006 de 30 de agosto (2006). Estatuto do Medicamento. Diário da República 1a série. 2006:6297-6303.
- Delgado Silveira, E., et al., (2014) Improving drug prescribing in the elderly: A new edition of STOPP/START criteria. *Ver Esp Geriatr Gerontol*. doi: 10.1016/j.regg.2014.10.005.
- Delgado, A. B., & Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, (2), 81.
- Despacho nº1400-A (2015). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 integrado na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. Diário da República, Série II (n.º 28/2015, de 10 de fevereiro de 2015). Disponível em: <https://dre.pt/application/file/66457154>
- Direcção-Geral da Saúde (DGS) (2006). Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. Programa nacional para a saúde das pessoas idosas. - Lisboa: DGS.
- Direcção-Geral da Saúde (DGS) (2015). *Plano Nacional de Saúde revisão e extensão a 2020 maio 2015*. Acedido em 18-1-2020. Disponível em <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf> .
- Direcção-Geral da Saúde (DGS) (n.d.) CARTA DE OTTAWA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde consultado a: 30/01/2020 disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>.

- Divo, M., Martinez, C. & Mannino, D. (2014) Ageing and the epidemiology of multimorbidity. *European Respiratory Journal*;44(4):1055-1068. doi: 10.1183/09031936.00059814.
- Duerden, M., Rupert P., & Avery, T. (2013). Polypharmacy and Medicines Optimisation. *King's Fund Report*. DOI: 10.13140/RG.2.1.1597.0726
- Ferchichi S & Antoine V. (2004) Le bon usage des médicaments chez la personne âgée. *La Revue médicale interne*. 2004;25(8):582-590. doi.org/10.1016/j.revmed.2004.02.027
- Fletcher, P.C., Berg, K., Dalby, D.M. & Hirdes, J.P. (2009) Risk factors for falling among community-based seniors. *Journal of Patient Safety*. 5:61– 66. doi: 10.1097/PTS.0b013e3181a551ed.
- Fried, T. R., Niehoff, K., Tjia, J., Redeker, N., & Goldstein, M. K. (2016). Erratum to: A Delphi process to address medication appropriateness for older persons with multiple chronic conditions. *BMC geriatrics*, 16 (1), 123. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0300-8>
- Galvão C. (2006) O idoso polimedicado - Estratégias para melhorar a prescrição. *Revista Portuguesa Medicina Geral e Familiar*.;22(6):747-752.
- Gavilán-Moral, E., Villafaina-Barroso, A., Jiménez-de Gracia, L., & Gómez Santana, M. (2012). Ancianos frágiles polimedicados: ¿es la deprescripción de medicamentos la salida? [Polypharmacy in frail elderly patients: is deprescribing the answer?]. *Revista española de geriatría y gerontología*, 47 (4), 162–167. DOI: 10.1016/j.regg.2012.01.003
- Griffiths R, Johnson M, Piper M, & Langdon R. (2004). A nursing intervention for the quality use of medicines by elderly community clients. *International Journal of Nursing Practice*, 10(4), 166–176. Doi: 10.1111/j.1440-172X.2004.00476.x
- Hajjar, E. R., Cafiero, A. C., & Hanlon, J. T. (2007). Polypharmacy in elderly patients. *The American journal of geriatric pharmacotherapy*, 5 (4), 345 – 351. doi: 10.4103/2279-042X.155755
- Hohl, C., Dankoff, J., Colacone, A., & Afilalo, M. (n.d.). Polypharmacy, adverse drug-related events, and potential adverse drug interactions in elderly patients presenting to an emergency department. *Annals Of Emergency Medicine*, 38(6), 666–671. doi: 10.1067/mem.2001.119456.
- Hovstadius, B. & Petersson, G. (2012) Factors leading to excessive polypharmacy. *Clinical Geriatric Medicine*. 28(2): p. 159-72. doi: 10.1016/j.cger.2012.01.001.

- Infarmed (2016). Produtos-fronteira entre suplementos alimentares e medicamentos. Consultado a 20/06/2020, disponível em: <https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/PRODUTOS+FRONTEIRA+SULEMENTOS+MEDICAMENTOS.pdf/d0cd8e0f-fad8-474b-85b4-b32c01fac5e9>.
- Infarmed (2019) Monitorização Mensal do Consumo de Medicamentos em Ambulatório do SNS. Consultado a:16/03/2020 disponível em: <https://www.infarmed.pt/documents/15786/3082483/dezembro/c07bf8cc-75e3-b28f-ae19-78101e6be1fa?version=1.0>
- Instituto Nacional de Estatística. (2002) O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas. Revista Estudos Demográficos. 1:185-208.
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2012) Censos 2011 Resultados Definitivos Portugal. Lisboa, Portugal.
- Instituto Nacional de Estatística (2016) Inquérito Nacional de Saúde 2014 consultado a 12/12/2019 disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2.
- Instituto Nacional de Estatística (2019). Estimativas de População Residente em Portugal 2018 consultado a: 20/01/2020 disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=354227920&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Jyrkka, J., Enlund, H., Lavikainen, P., Sulkava, R., & Hartikainen, S. (2010). Association of polypharmacy with nutritional status, functional ability and cognitive capacity over a three-year period in na elderly population. *Pharmaco epidemiology And Drug Safety*, 20(5), 514–522. doi: 10.1002/pds.2116.
- Kantor, E. D., Rehm, C. D., Haas, J. S., Chan, A. T., & Giovannucci, E. L. (2015). Trends in prescription drug use among adults in the United States from 1999-2012. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 314(17), 1818–1831. doi: 10.1001/jama.2015.13766
- Kim, G. S., Ko, I. S., Lee, T., & Kim, E. J. (2014). Effects of community-based case management by visiting nurses for low-income patients with hypertension in South Korea. *Japan Journal of Nursing Science*, 11 (1), 35–43. doi: 10.1111/j.1742-7924.2012.00229.x.

- Magaziner, J., Cadigan, D.A., Fedder, D.O. & Hebel, J.R.,(1989) Medication use and functional decline among community-dwelling older women. *Journal of Aging Health*; 1:470–484. doi: 10.1016/j.amjopharm.2011.10.002
- Mallet, L., Spinewine, A. & Huang, A. (2007) The challenge of managing drug interactions in elderly people. *Lancet*. 370:185–91 doi: 10.1016/S0140-6736(07)61092-7.
- Martin, L. R., Williams, S. L., Haskard, K. B., & Dimatteo, M. R. (2005). The challenge of patient adherence. *Therapeutics and clinical risk management*, 1(3), 189–199.
- Martin, N.J., Stones, M.J., Young, J.E., et al .(2010) Development of delirium: a prospective cohort study in a community hospital. *International Psychogeriatrics*;12:117–27. doi: 10.1017/s1041610200006244.
- Masnoon, N., Shakib, S., Kalisch-Ellett, L., & Caughey, G. E. (2017). What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC geriatrics*, 17(1), 230 doi: 10.1186/s12877-017-0621-2
- McGarrigle, Christine. (2017). Oral Health and Wellbeing in Older Adults in Ireland; The Irish Longitudinal Study on Ageing 2017 Disponivel em: https://tilda.tcd.ie/publications/reports/pdf/Report_OralHealth.pdf
- Midão, L., Giardini, A., Menditto, E., Kardas, P., & Costa, E. (2018). Polypharmacy prevalence among older adults based on the survey of health, ageing and retirement in Europe. *Archives of gerontology and geriatrics*, 78, 213–220. doi: 10.1016/j.archger.2018.06.018.
- Miller, T. A., & Dimatteo, M. R. (2013). Importance of family/social support and impact on adherence to diabetic therapy. *Diabetes, metabolic syndrome and obesity : targets and therapy*, 6, 421 – 426. doi: 10.2147/DMSO.S36368
- Morisky, D., Green L., & Levine, D. (1986). Concurrent and predictive validity of a selfreported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24, 67-74. doi: 10.1097/00005650-198601000-00007.
- NHS, 2017 Health Survey for England 2016 Prescribed medicines disponível em <http://healthsurvey.hscic.gov.uk/media/63790/HSE2016-pres-med.pdf>
- Nolte, E., Knai, C., & McKee, M. (2008). Managing chronic conditions: experience in eight countries (No. 15). WHO Regional Office Europe.
- Nuotio, M., Jylhä, M., Luukkaala, T., & Tammela, T. (2005). Health problems associated with lower urinary tract symptoms in older women. *Scandinavian*

Journal of Primary Health Care, 23(4), 209–214. doi: 10.1080/02813430500227626.

Olaiya, M. T., Cadilhac, D. A., Kim, J., Nelson, M. R., Srikanth, V. K., Gerraty, R. P. & Thrift, A. G. (2017). Community-Based Intervention to Improve Cardiometabolic Targets in Patients With Stroke: A Randomized Controlled Trial. *Stroke*, 48 (9), 2504 – 2510. doi: 10.1161/STROKEAHA.117.017499.

Organisation for Economic Co-operation and Development Health (2018) Working Paper No. 105, 2018 , INVESTING IN MEDICATION ADHERENCE IMPROVES HEALTH OUTCOMES AND HEALTH SYSTEM EFFICIENCY disponível em: [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP\(2018\)2&docLanguage=En](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP(2018)2&docLanguage=En)

Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *The New England journal of medicine*, 353(5), 487–497 doi: 10.1056/NEJMr050100.

Park, E., & Kim, J. (n.d.). The Impact of a Nurse-Led Home Visitation Program on Hypertension Self-Management among Older Community-Dwelling Koreans. *Public Health Nursing*, 33 (1), 42 –52. doi: 10.1111/phn.12220.

Payne, R. A., & Avery, A. J. (2011). Polypharmacy: one of the greatest prescribing challenges in general practice. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 61(583), 83–84 doi: 10.3399/bjgp11X556146

Payne, R. A., Avery, A. J., Duerden, M., Saunders, C. L., Simpson, C. R., & Abel, G. A. (2014). Prevalence of polypharmacy in a Scottish primary care population. *European journal of clinical pharmacology*, 70(5), 575–581. <https://doi.org/10.1007/s00228-013-1639-9>

Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. A. (2014). Health Promotion in Nursing. Pearson Education, Inc

Pineault, R., Daveluy, C. (1987) La planificación Sanitaria: Conceptos, Métodos, Estrategias. 1.ª edição. Barcelona: Masson, S.A. y Salud y Gestión.

PORDATA (2019) “Esperança de vida à nascença: total e por sexo - Europa” Disponível em: <https://www.pordata.pt/Europa/Esperan%C3%A7a+de+vida+%C3%A0+nascen%C3%A7a+total+e+por+sexo-1260>

PORDATA (2019a) “Indicadores de envelhecimento” Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>

- Ramalhinho, I. (1994). *Adesão à terapêutica anti-hipertensiva. Contributo para o seu estudo*. Manuscrito não publicado, Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Regulamento n.º 428/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. Ordem dos Enfermeiros. Diário Da República, 2ª Série (Nº 135 de 16 de julho de 2018), 19354-19359.
- Regulamento nº140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2ª Sério (N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019), 1744-4750)
- Ribeiro Fontes CA. (2014) Farmacologia do idoso. In: Geriatria Fundamental. LIDEL. Lisboa;
- Riker, G.I. & S.M. Setter (2012) Polypharmacy in older adults at home: what it is and what to do about it--implications for home health care and hospice. *Home Healthcare Nurse*, 30(8): p. 474-85. doi: 10.1097/NHH.0b013e31826502dd.
- Rizzo, J. A., & Simons, W. R. (1997). Variations in compliance among hypertensive patients by drug class: implications for health care costs. *Clinical therapeutics*, 19(6), 1446–1425. DOI:[https://doi.org/10.1016/S0149-2918\(97\)80018-5](https://doi.org/10.1016/S0149-2918(97)80018-5)
- Rollason, V., & Vogt, N. (2003). Reduction of polypharmacy in the elderly: a systematicreview of the role of the pharmacist. *Drugs&Aging*, 20(11), 817–832. doi: 10.2165/00002512-200320110-00003.
- Samuel, M. J. (2015). American Geriatrics Society 2015 updated beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(11), 2227–2246. doi: 10.1111/jgs.13702.
- Scottish Goverment (2015) Scottish Government Model of Care Polypharmacy Working Group. Polypharmacy Guidance, (2ª ed). Edinburgh: Scottish Government.
- Shea, S., Misra, D., Ehrlich, M.H., Field, L., & Francis, C. K. (1992). Correlates of nonadherence to hypertension treatment in an inner-city minority population. *American Journal of Public Health*, 12, 1607-1612. doi: 10.2105/ajph.82.12.1607.
- Shimamura, T., Taguchi, A., Kobayashi, S., Nagata, S., Magilvy, J. K., & Murashima, S. (2013). The strategies of Japanese public health nurses in medication

support for high-risk tuberculosis patients. *Public Health Nursing*, 30(4), 370–378. doi: 10.1111/phn.12010.

SIMPATHY - Stimulating Innovation Management of Polypharmacy and Adherence in The Elderly Consortium (2017) Polypharmacy Management by 2030: a patient safety challenge. Coimbra: SIMPATHY Consortium.

SOARES, M.A.S (2009) – Avaliação da terapêutica potencialmente inapropriada no doente geriátrico. (Dissertação de Doutoramento) Universidade de Lisboa, Faculdade de Farmácia. Lisboa.

Stanhope, M., & Lancaster, J. (1999). Enfermagem Comunitária - Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos. Lusodidacta.

Steinman, M. A., Rosenthal, G. E., Landefeld, C. S., Bertenthal, D., Sen, S., & Kaboli, P. J. (2007). Conflicts and concordance between measures of medication prescribing quality. *Medical care*, 45(1), 95–99. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000241111.11991.62>

Tragakes, E. & Vienonen, M., (1998) Key issues in rationing and priority setting for health care services. World Health Organization

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). World Population Ageing 2019: Highlights . New York. United Nations

Veiga-Neto, A. (2009) Teoria e método em Michel Foucault: (im)possibilidades. *Cadernos de Educação*, Pelotas. [34]: 83 – 94.

Vrijens, B., De Geest, S., Hughes, D. A., Przemyslaw, K., Demonceau, J., Ruppar, T., Dobbels, F., Fargher, E., Morrison, V., Lewek, P., Matyjaszczyk, M., Mshelia, C., Clyne, W., Aronson, J. K., Urquhart, J., & ABC Project Team (2012). A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *British journal of clinical pharmacology*, 73(5), 691–705. doi: 10.1111/j.1365-2125.2012.04167.x.

Vukov, K., Davis, J., & Quinlan, P. (2017). A nurse-driven community education program for older adults. *American Nurse Today*, 12 (1), 48.

Will, J. C., Zhang, Z., Ritchey, M. D., & Loustalot, F. (2016). Medication Adherence and Incident Preventable Hospitalizations for Hypertension. *American journal of preventive medicine*, 50(4), 489–499. doi: 10.1067/mem.2001.119456.

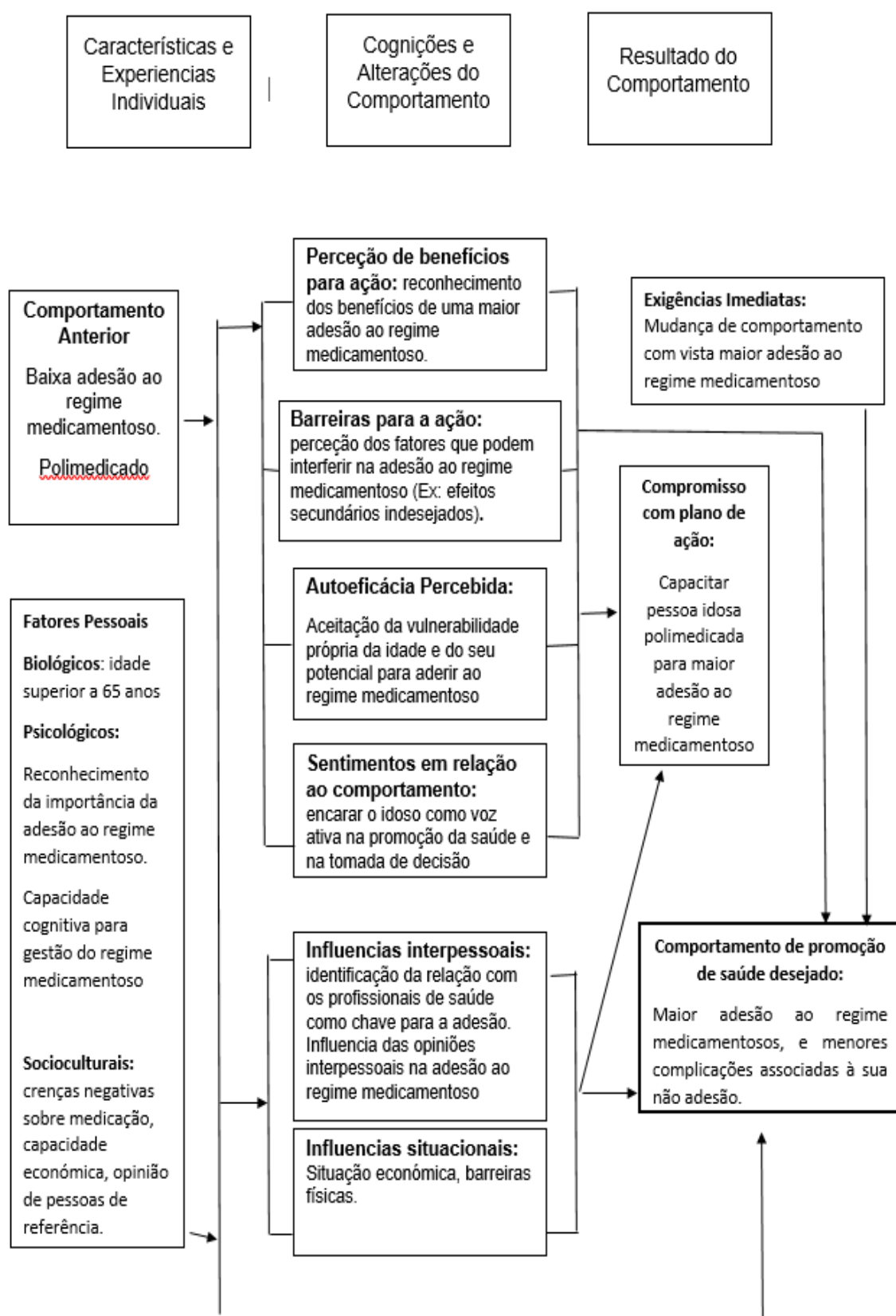
World Health Organization (1985) The Rational Use of Drugs. Report of the Conference of Experts. Geneva. World Health Organization.

- World Health Organization. (1998). Health Promotion Glossary. consultado a:21/04/2020 disponível em WWW: URL: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>.
- World Health Organization (2002) Promoting rational use of medicines: core componentes. Geneva. World Health Organization.
- World Health Organization (2003) Adherence to long-termtherapies: evidence for action. Geneva. World Health Organization.
- World Health Organization (2005) Chronic diseases and their common risk factors. Geneva. World Health Organization.
- World Health Organization (2019) Medication Safety in Polypharmacy. Geneva. World Health Organization.
- Yeaw, J., Benner, J. S., Walt, J. G., Sian, S., & Smith, D. B. (2009). Comparing adherence and persistence across 6 chronic medication classes. *Journal of managed care pharmacy* : *JMCP*, 15(9), 728–740. <https://doi.org/10.18553/jmcp.2009.15.9.728>
- Quintal, C., Lourenço, Ó., & Ferreira, P. (2012). Utilização de cuidados de saúde pela população idosa portuguesa: Uma análise por género e classes latentes. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(1), 35–46. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2012.02.001>

APÊNDICES

APÊNDICE I – MODELO TEÓRICO DE NOLA PENDER

Diagrama do modelo de Promoção de Saúde Nola Pender – Adaptado



APÊNDICE II – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

[illegible]

[illegible]

APÊNDICE III – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

QUESTIONÁRIO

Nº _____

Data __/__/____

Este questionário faz parte de um projeto subordinado ao tema “Adesão Terapêutica na Pessoa Idosa Polimedicada em Contexto Comunitário”. A sua concretização será possível graças à sua colaboração no preenchimento do mesmo de forma espontânea. Não existem respostas corretas ou incorretas. O questionário é anónimo e confidencial, não devendo colocar nenhum elemento identificativo em nenhuma das páginas que o compõem.

Agradeço a sua colaboração.

Parte A – Caracterização sociodemográfica dos participantes

A1. Sexo

1. ☐ Masculino
2. ☐ Feminino

A2. Idade: _____ anos

A3. Habilitações Literárias:

1. ☐ Analfabeto
2. ☐ Escola Primária
3. ☐ Ciclo Preparatório
4. ☐ Ensino Secundário
5. ☐ Curso técnico-profissional
6. ☐ Curso Superior

Parte B - Medida de Adesão ao Tratamento (MAT)

Por favor indique a frequência com que cada situação ocorre escolhendo a resposta adequada.

B1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?

Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por Vezes	Raramente	Nunca

B2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?

Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por Vezes	Raramente	Nunca

B3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por se ter sentido melhor?

Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por Vezes	Raramente	Nunca

B4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por Vezes	Raramente	Nunca

B5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por Vezes	Raramente	Nunca

B6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença, por ter deixado acabar os medicamentos?

Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por Vezes	Raramente	Nunca

B7. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por Vezes	Raramente	Nunca

Parte C – Regime terapêutico

C1. Quantos medicamentos encontra-se a tomar atualmente?

C2. Encontra-se atualmente ou tomou nos últimos 3 meses algum medicamento adquirido sem indicação médica?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

C3. Encontra-se atualmente a tomar algum suplemento alimentar ou produto natural?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

Obrigado pela sua participação

APÊNDICE IV – CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia de 2013 e a Convenção de Oviedo

Antes de decidir se vai colaborar neste estudo, deve primeiro compreender o seu propósito, o que se espera da sua parte, os procedimentos que se irão utilizar, os riscos e os benefícios de participar neste estudo. Peço para que leia todo o documento e se sinta à vontade para colocar todas as questões que pretender antes de aceitar fazer parte do estudo.

Rafael António Barbosa Alves, a frequentar o Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e sob a orientação do Sr^a. Professora Andreia Costa, pretende desenvolver um projeto de intervenção comunitária: “Adesão terapêutica na pessoa idosa polimecada em contexto comunitário”. Este estudo tem como objetivo: avaliar a adesão à terapêutica da pessoa idosa polimedicada inscrita numa lista de utentes da USF [REDACTED] } intervir na promoção e capacitação da pessoa idosa para adesão terapêutica.

PARTICIPAÇÃO: A sua participação no estudo é voluntária. Se decidir participar, poderá sempre deixar de o fazer a qualquer momento. A sua decisão de participar ou não neste estudo, não afetará a sua relação atual ou futura com os enfermeiros.

PROCEDIMENTO: Se aceitar participar neste estudo, vai-lhe ser solicitada a realização de um questionário por entrevista, onde lhe serão colocadas algumas perguntas sobre o tema em estudo. Este estudo destina-se à obtenção de dados que nos permita identificar a adesão ao regime terapêutico e identificar necessidades da população polimedicada.

RISCOS E BENEFÍCIOS DE PARTICIPAR NO ESTUDO: Não existem quaisquer riscos para os participantes do estudo. Não se preveem benefícios imediatos. Contudo, a realização do estudo poderá permitir uma maior e melhor adesão ao regime terapêutico.

ANONIMATO / CONFIDENCIALIDADE: Este estudo garante o anonimato dos participantes assim com a confidencialidade dos dados recolhidos. Todo o processo será realizado em ambiente de privacidade. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir à identificação dos intervenientes. Após a conclusão do estudo, todos os dados relativos a estes e que possam conduzir à sua identificação, serão destruídos.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO Estudo sobre: "Adesão à Terapêutica na Pessoa Idosa Polimedicada em Contexto Comunitário".

Agradeço a sua participação.

Enfermeiro Rafael Alves

Telemóvel para Contacto: 916154624

E-mail para contacto: rafaalves@campus.esel.pt

Assinatura do investigador:

Assinatura do participante:

Eu, abaixo-assinado, _____ declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Nome:

Assinatura:

Data: / / 2019

APÊNDICE V – CONSENTIMENTO INFORMADO MESTRANDO

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia de 2013 e a Convenção de Oviedo

Antes de decidir se vai colaborar neste estudo, deve primeiro compreender o seu propósito, o que se espera da sua parte, os procedimentos que se irão utilizar, os riscos e os benefícios de participar neste estudo. Peça para que leia todo o documento e se sinta à vontade para colocar todas as questões que pretender antes de aceitar fazer parte do estudo.

Rafael António Barbosa Alves, a frequentar o Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e sob a orientação do Sr^a. Professora Andreia Costa, pretende desenvolver um projeto de intervenção comunitária: “Adesão terapêutica na pessoa idosa polimecada em contexto comunitário”. Este estudo tem como objetivo: avaliar a adesão à terapêutica da pessoa idosa polimedicada inscrita numa lista de utentes da USF [REDACTED] e intervir na promoção e capacitação da pessoa idosa para adesão terapêutica.

PARTICIPAÇÃO: A sua participação no estudo é voluntária. Se decidir participar, poderá sempre deixar de o fazer a qualquer momento. A sua decisão de participar ou não neste estudo, não afetará a sua relação atual ou futura com os enfermeiros.

PROCEDIMENTO: Se aceitar participar neste estudo, vai-lhe ser solicitada a realização de um questionário por entrevista, onde lhe serão colocadas algumas perguntas sobre o tema em estudo. Este estudo destina-se à obtenção de dados que nos permita identificar a adesão ao regime terapêutico e identificar necessidades da população polimedicada.

RISCOS E BENEFÍCIOS DE PARTICIPAR NO ESTUDO: Não existem quaisquer riscos para os participantes do estudo. Não se preveem benefícios imediatos. Contudo, a realização do estudo poderá permitir uma maior e melhor adesão ao regime terapêutico.

ANONIMATO / CONFIDENCIALIDADE: Este estudo garante o anonimato dos participantes assim com a confidencialidade dos dados recolhidos. Todo o processo será realizado em ambiente de privacidade. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir à identificação dos intervenientes. Após a conclusão do estudo, todos os dados relativos a estes e que possam conduzir à sua identificação, serão destruídos.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO Estudo sobre: “Adesão á Terapêutica na Pessoa Idosa Polimedicada em Contexto Comunitário”.

Agradeço a sua participação.

Enfermeiro Rafael Alves

Telemóvel para Contacto: 916154624

E-mail para contacto: rafaelalves@campus.esel.pt

Assinatura do investigador:

Assinatura do participante:

Eu, abaixo-assinado, _____ declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Nome:

Assinatura:

Data: / / 2019

APÊNDICE VI – RESULTADOS DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

APRESENTAÇÃO RESULTADOS DIAGNÓSTICO SITUAÇÃO

Parte A – Caracterização sociodemográfica dos participantes

A1. Sexo

Sexo	Número de participantes	Percentagem %
Masculino	30	47%
Feminino	34	53%

A2. Idade

Idade	Número de participantes	Percentagem %
65	3	4,7%
66	4	6,3%
67	1	1,6%
68	2	3,1%
69	1	1,6%
70	4	6,3%
71	3	4,7%
72	3	4,7%
73	3	4,7%
74	3	4,7%
75	2	3,1%
76	4	6,3%
77	2	3,1%
78	1	1,6%
79	5	7,8%
80	2	3,1%
81	1	1,6%
82	5	7,8%
83	1	1,6%
84	5	7,8%
85	1	1,6%
86	4	6,3%
87	2	3,1%

89	2	3,1%
----	---	------

A3. Habilitações Literárias

Escolaridade	Número de participantes	Percentagem%
Sem Escolaridade	4	6,3%
Escola Primária	35	54,7%
Ciclo Preparatório	14	21,6%
Ensino Secundário	6	9,4%
Curso Técnico	1	1,6%
Profissional		
Curso Superior	4	6,3%

Parte B - Medida de Adesão ao Tratamento (MAT)

Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?					
Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por Vezes	Raramente	Nunca
0%	0%	7,8%	28,1%	37,5%	26,6%
Alguma vez foi descuidado com as horas de toma dos medicamentos para a sua doença?					
Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por Vezes	Raramente	Nunca
0%	0%	3,1%	39,1%	21,9%	35,9%
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por se sentir melhor?					
Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por Vezes	Raramente	Nunca
0%	0%	1,6%	14,1%	15,6%	68,8%
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?					
Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por Vezes	Raramente	Nunca
0%	0%	1,6%	15,6%	17,2%	65,6%
Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?					
Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por Vezes	Raramente	Nunca
0%	0%	0%	12,5%	10,9%	76,6%
Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?					
Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por Vezes	Raramente	Nunca
0%	0%	3,1%	15,6%	17,2%	64,1%
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?					
Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por Vezes	Raramente	Nunca
0%	0%	1,6%	9,4%	23,4%	65,6%

Parte C – Regime terapêutico

C1. Quantos medicamentos encontra-se a tomar atualmente?

Nº Medicamentos	Número de participantes	Percentagem %
5	22	34,4%
6	10	15,6%
7	9	14,1%
8	10	15,6%
9	5	7,8%
10	5	7,8%
11	2	3,1%
16	1	1,6%

C2. Encontra-se atualmente ou tomou nos últimos 3 meses algum medicamento adquirido sem indicação médica?

Tomou Medicamentos sem Indicação Médica nos Últimos 3 Meses	Número de participantes	Percentagem %
Sim	32	50%
Não	32	50%

C3. Encontra-se atualmente a tomar algum suplemento alimentar ou produto natural?

Uso de produtos naturais e suplementos alimentares	Número de participantes	Percentagem %
Sim	24	37,5%
Não	40	62,5%

APÊNDICE VII – REVISÃO SCOPING DA LITERATURA



**ESCOLA SUPERIOR DE
ENFERMAGEM DE LISBOA**

**CURSO DE PÓS LICENCIATURA E MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
Ano Letivo: 2018/2019**

OPÇÃO II

**Intervenções de enfermagem promotoras da adesão
terapêutica na pessoa idosa em contexto
comunitário: uma revisão scoping**

Rafael António Barbosa Alves

**Lisboa
Julho 2019**



**ESCOLA SUPERIOR DE
ENFERMAGEM DE LISBOA**

**CURSO DE PÓS LICENCIATURA E MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

Ano Letivo: 2018/2019

OPÇÃO II

**Intervenções de enfermagem promotoras da adesão
terapêutica na pessoa idosa em contexto
comunitário: uma revisão scoping**

Rafael António Barbosa Alves

Docente:

Andreia Jorge Silva da Costa

Lisboa

Julho 2019

Intervenções De Enfermagem Promotoras Da Adesão Terapêutica Na Pessoa Idosa Em Contexto Comunitário: Uma Revisão Scoping

Autor: Rafael António Barbosa Alves, Enfermeiro, Unidade de Saúde Familiar de Almada, Agrupamento de Centros de Saúde de Almada-Seixal, Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

Abstract

Background – O envelhecimento da população irá acarretar desafios para os profissionais de saúde e Serviço Nacional de Saúde. Este envelhecimento é acompanhado por uma cronicidade da doença, sendo que a medicação ainda é o método de controlo de doença mais utilizado. É por isso essencial assegurar uma correta adesão ao regime terapêutico prescrito, tendo o enfermeiro um papel preponderante na sua promoção. É necessário por isso identificar as intervenções promotoras da adesão terapêutica com maior eficácia de forma a aproveitar da melhor forma possível os poucos recursos existentes e maximizar os ganhos em saúde obtidos.

Objetivo – Mapear a literatura existente sobre as intervenções promotoras da adesão terapêutica na pessoa idosa em contexto comunitário realizadas por enfermeiros.

Crítérios de inclusão – Toda a literatura relevante para o objetivo presente nas bases de dados seleccionadas escrita na língua inglesa, portuguesa e espanhola.

Métodos - Foi utilizada uma estratégia de três passos na elaboração da revisão scoping. Foi realizada uma pesquisa inicial nas bases de dados MEDLINE e CINAHL. Foi posteriormente realizada uma segunda pesquisa, utilizando todos os termos indexados e termos naturais obtidos no decorrer da primeira pesquisa. Numa terceira fase foram analisadas as referências bibliográficas de todos os resultados obtidos para a identificação de estudos relevantes.

Resultados – Os resultados obtidos demonstram que existe uma grande variedade de intervenções realizadas por enfermeiros que promovem a adesão terapêutica na população idosa em contexto comunitário.

Conclusão – Intervenções de educação para saúde são as mais frequentemente referidas. Existem diversas referências a visitas domiciliárias e sessões de educação para a saúde quer a nível individual e de grupo. Um conceito importante várias vezes referido é a necessidade de follow up dos participantes após as intervenções iniciais, quer pessoalmente, por telefone ou mensagem de texto.

Background

O envelhecimento da população é algo inegável na realidade Portuguesa, sendo esta problemática comum à maioria dos países industrializados. A evolução científica possibilita a descoberta constante de novos tratamentos, o que permite o aumento da esperança média de vida e a sua qualidade. A população idosa é a principal usuária dos cuidados de saúde, mesmo não sendo a mais numerosa (Correia, 2003). Este envelhecimento implicará novos desafios para todos os profissionais de saúde e uma pressão acrescida no Serviço Nacional de Saúde.

Associado ao aumento da esperança média de vida, assistimos também a uma cronicidade da doença. Doenças crónicas são definidas como qualquer doença com uma duração superior a 3 meses e não são autolimitadas (Von Korff et al, 1997). O mesmo autor salienta a importância do profissional de saúde na gestão da doença crónica, promovendo a saúde, definindo e implementando programas, ensinando a pessoa a controlar a sua doença de forma contínua e promovendo um seguimento regular.

A medicação é a ferramenta de eleição na gestão da doença na população idosa. Um estudo realizado Soares em 2009 afirma que 37% da população idosa não toma a medicação prescrita de forma apropriada, o que aumenta o risco da ocorrência de reações adversas e aumenta os custos associados aos cuidados de saúde. O número médio de medicamentos tomados pela população idosa portuguesa segundo Costa (2009) era de 7,3, sendo que aproximadamente 25% desta população toma 10 ou mais.

O número de medicamentos que a população idosa tem de gerir está associado à probabilidade da ocorrência de erros. Quanto maior o número, maior será o potencial da ocorrência de interações medicamentosas, provocando internamentos evitáveis e contribuindo para o desenvolvimento de doenças. A não adesão ao regime terapêutico surge como uma das principais complicações associadas a este fenómeno (Hajjar, Cafiero e Hanlon, 2007), sendo responsável por custos superiores a 211 milhões de euros a nível nacional.

O Internacional Council of Nurses (ICN) define adesão terapêutica como *“um comportamento de adesão com as características específicas: executar as atividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, atividades que são satisfatórias para atingir objetivos específicos de*

saúde, integrar atividades para tratamento ou prevenção da doença na vida diária" (ICN, 2002). Este é um conceito mutável, em constante evolução com uma preocupação cada vez maior de envolver a participação ativa da pessoa recetora dos cuidados.

É fundamental para a definição das atividades promotoras da adesão terapêutica identificar os fatores que podem interferir na sua diminuição. Um dos principais fatores influenciadores referidos na literatura são os custos associados ao tratamento, assim como fatores associados à perda de capacidades cognitivas e funcionais (Lynch, 2006). Limitações auditivas e de visão são mais comuns na população idosa, constituindo barreiras à percepção das instruções fornecidas pelos profissionais de saúde. Efeitos secundários adversos, questões culturais, ansiedade, analfabetismo, percepção que o efeito desejado pelo tratamento não está a ser atingido e falta de conhecimentos sobre regime terapêutico e doença são descritos também como fatores precipitantes de uma baixa adesão (Krueger et al, 2005).

A Organização Mundial de Saúde no seu relatório relativo à adesão terapêutica refere que "o aumento da eficácia das intervenções de adesão pode ter um impacto muito maior na saúde da população do que qualquer melhoria em tratamentos médicos específicos" (WHO, 2003, p.5). Recentemente a ESPACOMP (European Society for Patient Adherence, Compliance and Persistence) redigiu o Medication Adherence Reporting Guideline. Nele é utilizada a taxonomia ABC para a adesão medicamentosa, sendo que o A significa iniciação, ou seja, o processo de início da toma de um tratamento, quando o utente toma a primeira dose de uma medicação prescrita. O B refere-se à implementação, sendo que o processo continua com a implementação da dosagem correta acordada com o profissional de saúde desde o início ao final do tratamento. O C significa persistência que é definido como o espaço de tempo entre o início do tratamento e a última dose, que imediatamente precede a descontinuação. Segundo este modelo a não adesão ao regime medicamentoso pode ocorrer na seguinte ou seguintes situações: iniciação tardia ou não iniciação do regime medicamentoso, má implementação do regime e dosagens acordados ou prematura descontinuação do tratamento.

A não adesão ao regime prescrito, apesar de globalmente presente em todas as faixas etárias é mais prevalente na população idosa (Turner, Hochschild, Burnett, Zulfiqar e Dyer, 2012). Diversos motivos são identificados na literatura para este aumento de prevalência, destacando-se a baixa literacia em saúde, a relação utente-profissional de saúde, a função cognitiva, efeitos adversos e a polimedicação. O

isolamento social, problemas económicos e problemas de mobilidade influem também na adesão (Gellad, Grenard e Marcum, 2011).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária devido ao seu perfil de competências e proximidade à comunidade, está numa posição privilegiada, intervindo sobre esta população, nomeadamente ao identificar necessidades de saúde, promovendo o acesso aos cuidados mais eficazes, ajustando-os às necessidades encontradas, estabelecendo parcerias com os diferentes recursos da comunidade, dinamizando projetos de intervenção sempre com o objetivo de potencializar os recursos da comunidade de forma a garantir a sua adequada utilização e a continuidade dos mesmos (Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, 2018,). O seu objetivo será sempre a promoção da saúde pressupondo *“o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação, educação para a saúde e reforço das competências que habilitem para uma vida saudável. Deste modo, as populações ficam mais habilitadas para controlar a sua saúde e o ambiente e fazer opções conducentes à saúde”* (Carta de Ottawa, 1986, p.1).

Numa realidade em que os meios materiais e humanos são muito reduzidos é essencial um planeamento de todas as intervenções a realizar, estando estas fundamentadas numa revisão da literatura existente de forma a utilizar as intervenções com maior grau de eficácia.

Foi realizada uma busca inicial na JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, na MEDLINE, CINAHL que revelou não existir nenhuma scoping review (realizada ou em realização) sobre a temática.

Questão da Revisão/Objetivo

A questão orientadora desta revisão é: Quais as intervenções de enfermagem promotoras da adesão terapêutica na pessoa idosa em contexto comunitário, sendo o seu objetivo principal: Mapear a literatura existente sobre as intervenções de enfermagem promotoras da adesão terapêutica na pessoa idosa em contexto comunitário. Pretende-se identificar quais as principais intervenções de enfermagem utilizadas e que apresentem maior sucesso na promoção da adesão terapêutica na pessoa idosa em contexto domiciliário.

CrITÉRIOS de inclusão

Na elaboração da questão foi utilizada a mnemónica PCC, em que a **População** são pessoas idosas, o **Conceito** em estudo são as intervenções de enfermagem promotoras da adesão terapêutica e o **Contexto** é o comunitário.

População

Esta revisão scoping considerou todos os estudos e artigos que incluam intervenções de enfermagem promotoras da adesão terapêutica em contexto comunitário focadas maioritariamente em pessoas com 65 ou mais anos de idade.

Conceito

Esta revisão scoping considerou todos os estudos e artigos que focam nas intervenções de enfermagem promotoras da adesão terapêutica.

Contexto

Esta revisão scoping considerou todas intervenções de enfermagem promotoras da adesão terapêutica em contexto comunitário.

Tipo de fontes

Para uma maior abrangência e também devido ao baixo número de literatura existente foram considerados para a inclusão nesta revisão scoping todos os tipos de literatura existente.

Métodos

Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa foi desenhada para incluir estudos publicados e não publicados. Foi utilizada uma estratégia de três passos na elaboração da revisão scoping. Foi realizada uma pesquisa inicial nas bases de dados MEDLINE e CINAHL com os termos naturais presentes na questão que orientou a revisão com o objetivo de identificar palavras chaves e termos indexados aos artigos com maior relevância.

De seguida foi realizada uma segunda pesquisa, usando todos os termos indexados e termos naturais obtidos durante a primeira pesquisa. De seguida foram analisadas as referências bibliográficas de todos os resultados obtidos, com o intuito de identificar de estudos relevantes. De referir que foram incluídos na revisão um total de 7. A estratégia de pesquisa encontra-se esquematizada sob um Prisma Flow Diagram (Figura I).

Não foi criado nenhum filtro temporal por esta ser uma temática transversal. Foram considerados todos os estudos realizados na língua inglesa, espanhola e portuguesa.

A revisão foi realizada utilizando as seguintes bases de dados:

- CINALH Plus with Full Text;
- MEDLINE with Full Text.

Foram utilizadas as seguintes palavras chave em inglês na [revisão: Nurs*](#), Medication Compliance, Aged, Community health centres, Community networks, Community health nursing, Community medicine, Medication adherence, Community health services.

Os artigos descobertos foram analisados e selecionados depois de uma análise do título e abstract. Em caso de dúvida realizou-se a leitura integral do artigo para confirmação da sua validade para a revisão. Os artigos apreciados como relevantes, foram extraídos em texto integral para posterior análise. Estudos alcançados através da análise das referências bibliográficas foram examinados avaliando o título e abstract.

Extração de dados

A extração de dados aconteceu através da elaboração de uma tabela, formulada seguindo as indicações da JBI Database of Systematic Reviews and [Implementacion Reports](#).

Resultados

Após remoção dos resultados repetidos foram avaliados os títulos e abstracts de 63 resultados da pesquisa. Destes 10 foram selecionados como pertinentes para o objetivo da revisão scoping, sendo por isso efetuada uma leitura integral dos mesmos. 3 desses artigos não estavam disponíveis em texto completo sendo consequentemente descartados.

Foram de seguida analisadas as referências bibliográficas dos 7 artigos que englobavam os critérios de elegibilidade procurando artigos relevantes para a revisão. Não foi identificado nenhum artigo por esta via. No final foram incluídos nesta revisão 7 artigos como se encontra especificado com maior detalhe na figura I. Para uma mais fácil análise dos dados obtidos foi construída uma tabela de análise de dados.

País de publicação

Dos 7 artigos selecionados, 3 têm origem nos Estados Unidos da América, 1 é de origem Japonesa, 1 de origem Australiana e 2 de origem Sul Coreana.

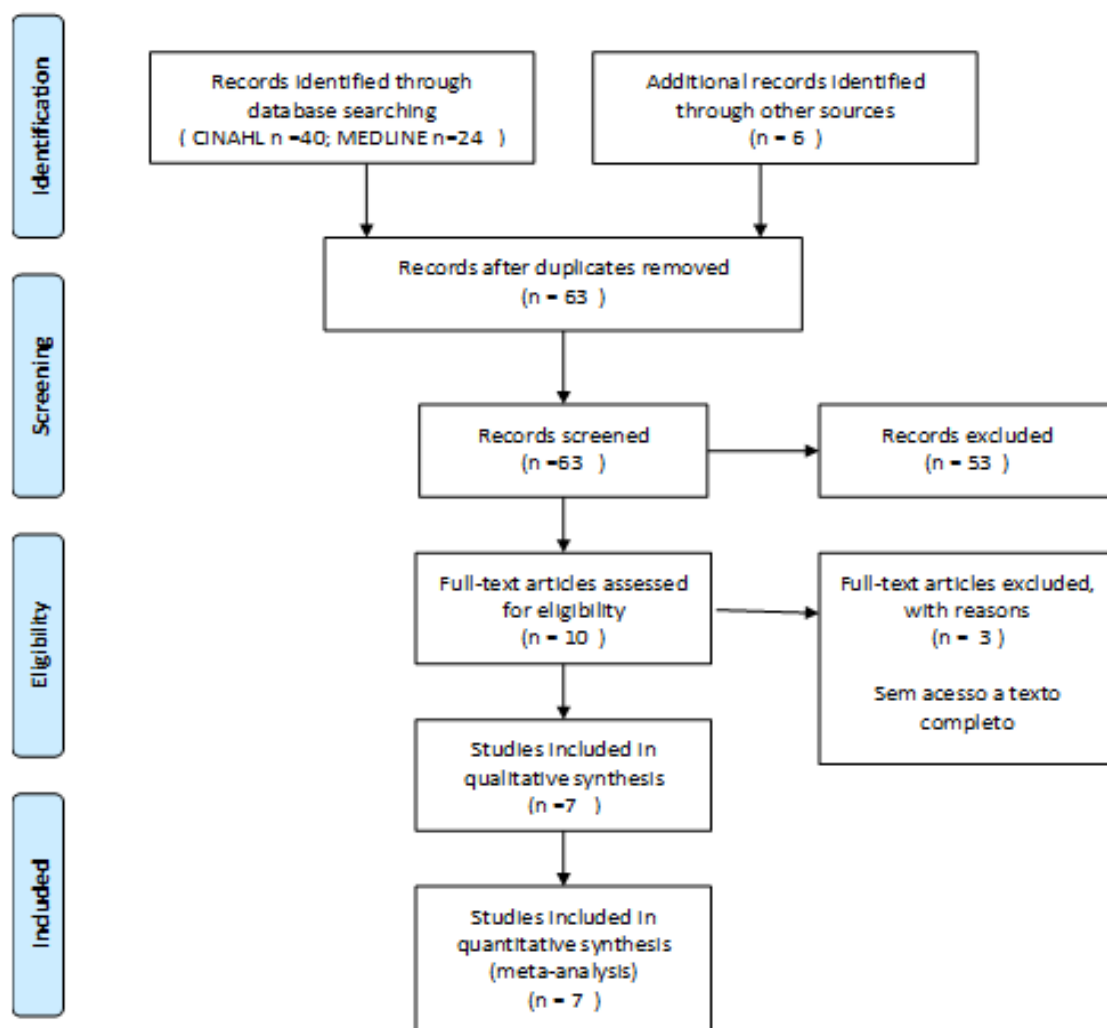


Figura I - PRISMA flow Diagram for the scoping review process

Tipo de estudo/ Ano de publicação

Dos estudos selecionados 2 são estudos randomizados, 4 são estudos descritivos e 1 é um estudo qualitativo.

No que refere ao ano de publicação o resultado mais antiga data de 2004, enquanto o mais recente de 2017.

Discussão

O objetivo desta revisão era mapear a literatura existente sobre quais as intervenções promotoras da adesão terapêutica na pessoa idosa em contexto comunitário. A quantidade de resultados obtidos foi reduzida, demonstrando a pouca importância que é dada a esta temática. A maioria dos artigos são de boa qualidade sendo publicados por revistas de referência, fornecendo informações válidas, explicando detalhadamente as metodologias utilizadas. Os artigos inseridos nesta revisão encontram-se expostos na tabela I.



Nº	Autores	Título
1	Vukov, Kelsey; Davis, Jack; Quinlan, Patricia.	A nurse-driven community education program for older adults
2	Park, E; Kim, J.	The Impact of a Nurse-Led Home Visitation Program on Hypertension Self-Management among Older Community-Dwelling Koreans
3	Shillam, C.; Orton, V.; Waring, D.; Madsen, S.	Faith community nurses and Brown Bage ventes: Help older adults manage meds.
4	Shimamura T. , Taguchi A. , Kobayashi S. , Nagata S. , Magilvy JK. , Murashima S.	The strategies of japonesse public health nurses in medication support for high-risk tuberculosis patients
5	Olaiya, M.; Cadilhac, D.; Kim, J.; Nelson, M.; Srikanth, V.; Gerraty, J.; Bladin, C.; Fitzgerald, S.; Phan, T.; Frayne, J.; Thrift, A.	Community-based interventions to improve cardiometabolic targets in patients with stroke: a randomize controlled trial.
6	Griffiths, R.; Johnson, M.; Piper, M.; Langdon, R.	A nursing interventions for the quality use of medicines by elderly community clientes.
7	Kim, G.; Ko, I.; Kim, E.	Effects of community based case manegement by visiting nurses for low income patientes with hypertension is south Korea.

Tabela I – Resultados extraídos da revisão scoping.

Após análise dos artigos fica evidente que intervenções de educação para a saúde são as mais utilizadas na promoção da adesão terapêutica na pessoa idosa

em contexto comunitário. Essas intervenções variam no seu contexto de aplicação, variando de intervenções de grupo ou análise individual de caso. As intervenções variam de intervenções educativas individualizadas e entrega de kits de gestão de medicação⁵, visitas domiciliárias e follow Up ^{8,12,16}, sessões de educação para a saúde quer individuais ¹¹, quer em grupo ¹⁵ e programas de promoção de competências ²⁰.

A maioria dos estudos incluídos abordam a temática da adesão terapêutica na pessoa idosa dirigida para uma patologia em concreto, como a tuberculose ¹⁶, hipertensão ^{8,12} e problemas cardíacos ¹¹, sendo que os restantes se focam diretamente na promoção da adesão terapêutica.

Um dos artigos ¹⁵ foca uma técnica específica, a Brown Bag Review que consiste na revisão por parte de um profissional de saúde, neste caso um enfermeiro, de toda a medicação que a pessoa se encontra a tomar, incluindo vitaminas e medicamentos não sujeitos a receita médica, que são avaliados individualmente. A finalidade além de detetar erros na toma, também pretende avaliar e promover os conhecimentos acerca desses mesmos medicamentos. Esse é o principal resultado referido pelos investigadores, referindo um aumento de 25% dos conhecimentos acerca dos medicamentos que a pessoa encontra a tomar, além de uma diminuição de 10% dos episódios de esquecimento na toma. O aumento do conhecimento acerca do regime terapêutico é o resultado mais referido em todos os estudos, implicando indiretamente também um aumento da adesão, pois na literatura existe uma ligação direta entre o conhecimento do regime terapêutico e a adesão ao mesmo.

Somente um estudo ²⁰ utiliza estratégias de grupo para a promoção da adesão, focando a sua intervenção em programas de treino de competência sobre medicamentos, desde a sua gestão, preparação e toma. Promovem a criação de listas de medicamentos, o contacto com os médicos de famílias de modo a rever a listagem de medicamentos e ensinam a leitura e explicação dos rótulos. Referem como resultado que 93% da amostra demonstrava adesão à terapêutica.

A utilização de listas de medicamentos fornecidas à pessoa de forma a relembrar a sua medicação é uma atividade recorrente estando presentes em parte dos estudos incluídos para análise ^{5,8, 12, 16, 20}. Apesar de parecer algo simples e de fácil concretização ainda é uma das intervenções que apresenta maior eficácia.

Outra estratégia comum a todos os estudos era a avaliação das estratégias utilizadas pelas pessoas na toma da medicação e a identificação de fatores

influenciadores nessa toma. O objetivo é identificar as barreiras existentes na adesão ao regime terapêutico de forma a poder realizar um diagnóstico de situação adaptado à pessoa e a partir do mesmo, intervir.

Um dos artigos ¹¹, utilizou um ensaio controlado randomizado, englobando 283 participantes e 280 no grupo controle. O objetivo era avaliar a eficácia de um programa de gestão da doença cardíaca e metabólica em relação ao tratamento padrão fornecido atualmente. A adesão terapêutica foi uma das principais temáticas abordadas. Este programa consiste em 3 momentos em que são realizadas sessões de promoção da saúde, de forma espaçada ao longo de 12 meses, identificando estratégias que promovam ou diminuam a adesão ao tratamento tentando alterar estilos de vida. Como resultado referem que o grupo de intervenção apresenta um aumento de 80% na adesão terapêutica em relação ao grupo controle.

A intervenção da maioria dos estudos ocorre no contexto do domicílio da pessoa ^{5,8,16,20}. Um dos estudos ⁵ o enfermeiro além da avaliação da situação, identificação de barreiras e listagem de medicamentos, foi fornecido aos participantes um Kit de medicação, com caixas doseadoras, marcadores coloridos para dividir os medicamentos, etiquetas para identificar os medicamentos e lembretes. Como resultado apresentam uma diminuição dos erros de medicação, diminuição da complexidade do regime terapêutico, e uma diminuição da não adesão.

Os estudos ⁸ e ¹², encontram-se interligados, pois o primeiro serviu como pré-teste do segundo. Este último foi um estudo realizado na Coreia do Sul a um total de 13452 pessoas idosas com hipertensão a serem seguidos por equipas de enfermagem no domicílio. O programa pretende promover a autogestão da doença focando além de outras temáticas, na adesão terapêutica como forma de controlo da doença. O programa consiste em 8 contactos ao longo de um período de 2 a 4 meses. Como em estudos anteriores é realizada uma avaliação da situação e determinadas prioridades, realizando intervenções educativas, focando na capacitação da resolução de problemas, capacitação e referencia para recursos da comunidade. Referem um aumento da adesão terapêutica.

Um conceito importante referido em diversos estudos ^{5,8,11,12,16} é o de Follow Up. O método utilizado varia, sendo referidos a utilização de mensagens escritas, visitas domiciliárias e contactos telefónicos. Estes contactos permitem que a intervenção se prolongue no tempo, reforçando-as e aumentando o seu impacto.

Limitações da revisão scoping

Uma das principais limitações foi a exclusão dos resultados não escritos em língua inglesa, portuguesa e espanhola. Este fato poderá ter excluído alguma literatura relevante. Foram também excluídos três resultados pela incapacidade de obter o estudo em texto completo.

Conclusões

O número reduzido de resultados obtidos revela a pouca relevância atribuída à temática da adesão terapêutica em contexto comunitário. Durante as primeiras fases da pesquisa foram identificados inúmeros estudos focados no contexto hospitalar, ou em patologias específicas como tuberculose. É fundamental a promoção no contexto comunitário, pois além de ser aí que se encontra a grande maioria das pessoas consumidoras de medicação, somente capacitando-as promovemos ganhos em saúde e poupança de recursos.

Intervenções educativas foram as mais frequentemente referidas na literatura obtida, variando de intervenções individuais e de grupo, em contexto domiciliário ou em centros comunitários, porém existiam algumas semelhanças comuns a todos. A avaliação inicial e identificação de prioridades de intervenção são identificados como passos fundamentais na programação da intervenção, sendo esta adaptada à pessoa, não existindo uma uniformização das mesmas.

O uso de estratégias de follow up é também referido em diversos momentos, sendo utilizadas diversas estratégias para a sua concretização. É referida a importância de manter um contacto com a pessoa após a intervenção inicial, de modo a reforçar e consolidar as alterações de comportamento que são pretendidas, de forma a atingir o objetivo inicial de promover uma maior adesão ao regime terapêutico prescrito.

Implicações para pesquisa

Esta revisão vem demonstrar a necessidade de maior aprofundamento da temática. O reduzido número de estudo expõe que apesar da importância do tema, reforçado no enquadramento teórico dos diversos estudos incluídos, o contexto comunitário é menosprezado. É necessário a realização de um maior número de estudos, sendo que o contexto português é mais uma vez omissos.

Agradecimentos

O Autor agradece a colaboração da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa por possibilitar a disponibilização de diversas bases de dados, aos discentes da unidade curricular.

Referências Bibliográficas

1. Correia, J.M (2003) – Introdução à gerontologia. Lisboa: Universidade Aberta
 2. COSTA, S. (2009) Polimedicação na população idosa portuguesa. Lisboa: CEFAR
 3. De Geest S, Zullig LL, Dunbar-Jacob J, Helmy R, Hughes DA, Wilson IB, Vrijens B. ESPACOMP Medication Adherence Reporting Guideline (EMERGE). *Ann Intern Med*. 2018;169(1):30-35
 4. Gellad, W. F., Grenard, J. L., & Marcum, Z. A. (2011). A systematic review of barriers to medication adherence in the elderly: looking beyond cost and regimen complexity. *The American journal of geriatric pharmacotherapy*, 9(1), 11-23. Acedido em 28-5-2015. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3084587/pdf/nihms278994.pdf>
 5. Griffiths R, Johnson M, Piper M, & Langdon R. (2004). A nursing intervention for the quality use of medicines by elderly community clients. *International Journal of Nursing Practice (Wiley-Blackwell)*, 10(4), 166–176. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=106675794&lang=pt-pt&site=ehost-live>
 6. Hajjar, E.R, Cafiero A.C., Hanlon J.T. (2007) Polypharmacy in elderly patients. *American Journal Of Geriatric Pharmacother*. 5:345–51.
 7. ICN (2002) Classificação Internacional para a prática de Enfermagem – versão Beta 2. Genebra: International Council of Nurses.
 8. Kim, G. S., Ko, I. S., Lee, T., & Kim, E. J. (2014). Effects of community-based case management by visiting nurses for low-income patients with hypertension in South Korea. *Japan Journal of Nursing Science*, 11(1), 35–43. <https://doi.org/10.1111/j.1742-7924.2012.00229.x>
 9. KRUEGER, K.P. et al (2005) Medication Adherence and Persistence: a comprehensive review. *Advances in Therapy*. 2005;22(4):313-356.
 10. LYNCH, T. (2006) – Medication costs as a primary cause of nonadherence in the elderly. *Consultant Pharmaceutical*. Feb;21(2):143-6.
 11. Olaiya, M. T., Cadilhac, D. A., Kim, J., Nelson, M. R., Srikanth, V. K., Gerraty, R. P., ... Thrift, A. G. (2017). Community-Based Intervention to Improve Cardiometabolic Targets in Patients With Stroke: A Randomized Controlled Trial. *Stroke*, 48(9), 2504–2510. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.117.017499>
-

12. Park, E. (1), & Kim, J. (2). (n.d.). The Impact of a Nurse-Led Home Visitation Program on Hypertension Self-Management among Older Community-Dwelling Koreans. *Public Health Nursing*, 33(1), 42–52. <https://doi.org/10.1111/phn.12220>
13. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Baldini Soares C, Khalil H, Parker D. Chapter 11: Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute, 2017. Available from <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
14. Regulamento n.º 428/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. Ordem dos Enfermeiros. Diário Da República, 2ª Série (Nº 199 de 16 de outubro de 2017), p. 19354-19359. ELI: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa//search/115698616/details/normal?l=1>.
15. Shillam, C. R., Orton, V. J., Waring, D., & Madsen, S. (2013). Faith community nurses & brown bag events help older adults manage meds. *Journal Of Christian Nursing: A Quarterly Publication Of Nurses Christian Fellowship*, 30(2), 90–96. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=23607155&lang=pt-pt&site=ehost-live>
16. Shimamura, T., Taguchi, A., Kobayashi, S., Nagata, S., Magilvy, J. K., & Murashima, S. (2013). The strategies of Japanese public health nurses in medication support for high-risk tuberculosis patients. *Public Health Nursing (Boston, Mass.)*, 30(4), 370–378. <https://doi.org/10.1111/phn.1201>
17. SOARES, M.A.S (2009) – Avaliação da terapêutica potencialmente inapropriada no doente geriátrico. (Dissertação de Doutoramento) Universidade de Lisboa, Faculdade de Farmácia. Lisboa.
18. Turner, A., Hochschild, A., Burnett, J., Zulfiqar, A., & Dyer, C. B. (2012). High prevalence of medication non-adherence in a sample of community-dwelling older adults with adult protective services validated self-neglect. *Drugs & aging*, 29(9), 741-749. Acedido em 28-5-2015. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23018610>
19. Von Korff, M., Gruman, J., Schaefer, J., Curry, S. J., & Wagner, E. H. (1997). Collaborative management of chronic illness. *Annals Of Internal Medicine*, 127(12), 1097–1102.

20. Vukov, K., Davis, J., & Quinlan, P. (2017). A nurse-driven community education program for older adults. *American Nurse Today*, 12(1), 48. Retrieved from <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip.cookie,shib.uid&db=edo&AN=120778753&lang=pt-pt&site=eds-live&scope=site>
21. WHO. (1986). Ottawa charter for health promotion. Health Promotion International, 1(4), 405. <https://doi.org/10.1093/heapro/1.4.405>

**APÊNDICE VIII – PLANO DA SESSÃO DE SENSIBILIZAÇÃO AOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA USF A.**

Plano de sessão de sensibilização.

1.Tema: Adesão ao regime medicamentoso e polimedicação.

2. Fundamentação do Tema: O envelhecimento da população vem acarretar novos desafios para os Profissionais de Saúde, sendo que provoca uma cronicidade da doença. A ferramenta mais comum para o controlo da doença continua a ser a medicação, sendo cada vez mais utilizada provocando um fenómeno denominado polimedicação. Este é definido como o uso concomitante de vários medicamentos de forma simultânea, não existindo um número definido na literatura. A polimedicação encontra-se diretamente interligada com a adesão ao regime medicamentoso. Quanto maior o número de medicamentos que a pessoa tenha que administrar maior será o risco de interações e não cumprimento do regime medicamentoso. É fundamental encontrar estratégias para melhorar a adesão ao regime medicamentoso.

3. População-alvo/destinatários: Profissionais de Saúde da USF A.

4. Local: Sala de reuniões da Usf A.

5. Grupo Dinamizador: Enf. Rafael Alves, 10º curso de mestrado especialidade de enfermagem comunitária.

6. Data e Hora de Evento: dia 10 de janeiro de 2020 das 14 as 15 horas

7. Objetivos da sessão

Objetivo geral: Intervir em contexto comunitário para a capacitação das pessoas idosas, inscritas na USF A, na promoção da adesão do regime medicamentoso em situações identificadas de polimedicação.

Objetivo específico: Sensibilizar os profissionais de saúde da USF A sobre a importância do seu papel na prevenção dos riscos da polimedicação e adesão ao regime medicamentoso.

8. Recursos materiais e humanos necessários:

8.1- Recursos materiais:

- Computador
- Projetor
- Quadro de parede

8.2- Recursos humanos

- Enfermeiro Rafael Alves

Etapas	Conteúdo	Recursos	Metodologia	Duração
Introdução	Apresentação do tema e sua importância Apresentação dos preletores	Computador Projetor	Expositivo	5 Min
Desenvolvimento	Conceito de polimedicação. Impacto da polimedicação na população idosa. Riscos associados á polimedicação. Conceito de Adesão ao regime medicamentoso. Impacto da não adesão ao regime medicamentoso na população idosa. Riscos associados á não adesão ao regime medicamentoso.	Computador Projetor	Expositivo	10 Min.
	Apresentação dos resultados decorrentes do diagnostico de situação realizada á população idosa polimedicada da USF A na área da adesão ao regime medicamentoso	Computador Projetor	Expositivo	10 Min
	Estratégias de promoção da adesão ao regime medicamentoso	Computador projetor	Expositivo	5 Min.

	<p>descritos na literatura.</p> <p>Estratégias de promoção redução da polimedicação descritos na literatura.</p>			
	<p>Discussão de estratégias a implementar na USF A promotoras da adesão ao regime medicamentoso e redução dos riscos associados á polimedicação</p>	Quadro de parede	Interativo	15 Min
Conclusão	<p>Breve síntese de sessão</p> <p>Esclarecimento de dúvidas</p>	Computador projetor	expositivo	10 Min.
Avaliação	<p>Avaliação da satisfação dos profissionais de saúde da sessão de formação.</p> <p>Identificação de 3 ações clínicas a desenvolver para prevenção dos riscos associados à polimedicação e melhoria da adesão ao regime medicamentoso dos utentes inscritos na USF A.</p>	Folha de papel A4		5 Min

**APÊNDICE IX – APRESENTAÇÃO POWER POINT DA SESSÃO DE
SENSIBILIZAÇÃO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA USF A**

ADESÃO AO REGIME MEDICAMENTOSO DA PESSOA IDOSA POLIMEDICADA EM CONTEXTO COMUNITÁRIO

Área de Especialização em Enfermagem Comunitária

Rafael António Barbosa Alves - nº 8343

Professora Orientadora

Andreia Jorge Silva da Costa

Enfermeira Orientadora

Enf. Carla Vidinha

OBJETIVOS

- **Objetivo geral:** intervir em contexto comunitário para a capacitação das pessoas idosas, inscritas na USF A [REDACTED], na promoção da adesão do regime medicamentoso em situações identificadas de polimedicação.
- **Objetivo específico:** sensibilizar os profissionais de saúde da USF A [REDACTED] sobre a importância do seu papel na prevenção dos riscos da polimedicação e adesão ao regime medicamentoso.

ENVELHECIMENTO POPULAÇÃO

Em 2080

- População residente de cerca de 7,5 milhões de habitantes.
- Numero idosos será de 2,8 milhões.
- Índice de envelhecimento de 347 idosos por cada 100 jovens.
- População ativa diminuirá de 6,7 para 3,8 milhões.

INE, 2015

CONTEXTO USF A





ENVELHECIMENTO POPULAÇÃO

- Aumento número idosos
- Aumento esperança média de vida



- Aumento número doenças crónicas



Aumento número
medicamentos

Eventos adversos relacionados com a medicação são a 14ª
causa de morte no mundo



MEDICAMENTOS NO CONTEXTO NACIONAL

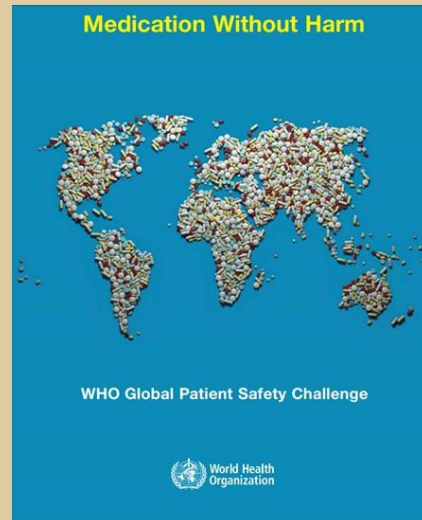
- Despesa do SNS com medicamentos: 1255 M.
- Despesa do utente com medicamentos 711 M.
- Numero embalagens dispensadas: 161 M.



████████████████████



3º DESAFIO GLOBAL PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE



3º DESAFIO GLOBAL PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE



© World Health Organization 2018. Some rights reserved. This work is available under the CC BY-NC-SA 3.0 IGO licence.



POLIMEDICAÇÃO

- O conceito de polimedicação não se encontra bem descrito na literatura, sendo normalmente descrito como o uso de vários medicamentos simultaneamente, variando algumas definições quanto ao número, variando entre 4 e 10 medicamentos (Hovtadius e Petersson, 2012).

Responsável por 8,5 milhões de internamentos não programados na Europa anualmente (SIMPATY, 2017)

É estimado que o consumo de medicamentos aumente 0,4 por cada década de vida (Rollason e Vogt, 2003)



POLIMEDICAÇÃO- CONSEQUÊNCIAS

- Aumentos dos custos com a saúde.
- Eventos medicamentosos adversos.
- Interações medicamentosas.
- Alterações do status funcional.
- Alterações cognitivas.
- Quedas
- Incontinência urinária
- Nutrição
- **Não adesão ao regime medicamentoso**



ADESÃO TERAPÊUTICA

“um comportamento de adesão com as características específicas: executar as atividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, atividades que são satisfatórias para atingir objetivos específicos de saúde, integrar atividades para tratamento ou prevenção da doença na vida diária” (ICN 2002)

A gestão da medicação é uma das atividades mais importantes no conceito de autonomia na população idosa (Alexandre, 2014)

custo associado anualmente à não adesão à terapêutica ascende aos 211.000 milhões de euros (Infarmed, 2017).



ADESÃO AO REGIME MEDICAMENTOSO

Motivos da não adesão

Custos com Medicação

Alterações capacidade cognitiva e funcional

Analfabetismo

Situação económica

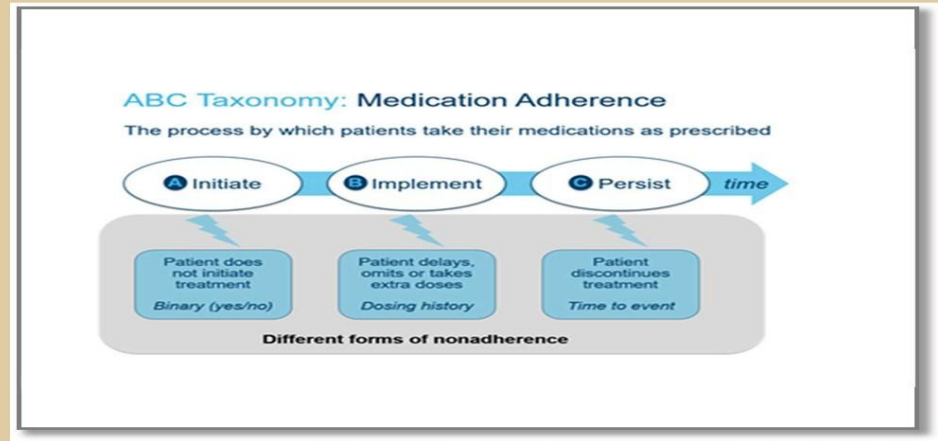
Questões culturais

Efeitos secundários

Conhecimento sobre doença

(Lynch, 2006)

ADESÃO AO REGIME MEDICAMENTOSO



(ESPACOMP Medication Adherence Reporting Guidelines, 2018)

POPULAÇÃO ALVO

- Pessoas Inscritas na USF A [REDACTED]
- Pessoas com 65 ou mais anos de idade inscritos na USF A [REDACTED]

CrITÉRIOS de InclusÃO

- Pessoas com 5 ou mais medicamentos crónicos prescritos.
- Aceitem Integrar o estudo.
- Principais gestores do seu regime medicamentoso.
- Compreensão da língua Portuguesa.

AMOSTRAGEM

Amostragem por conveniência

Todos os elementos da população alvo que recorreram à unidade de Saúde durante o intervalo de recolha de dados.



Encaminhados pelos diversos profissionais de saúde da unidade de saúde.

Intervalo de recolha de dados:

De 1 a 31 de outubro de 2019

INSTRUMENTO RECOLHA DE DADOS

QUESTIONÁRIO

Nº _____
Data ____/____/____

Este questionário faz parte de um projeto subordinado ao tema "Adeção Terapêutica na Pessoa Idosa Polimedicação em Contexto Comunitário". A sua concretização será possível graças à sua colaboração no preenchimento do mesmo de forma expedita, depois de o ler atentamente. Não existem respostas corretas ou incorretas. O questionário é anónimo e confidencial, não devendo colocar nenhum elemento identificativo em nenhuma das páginas que o compõem. Nas afirmações onde existe uma quadrícula (), deve assinalar com uma cruz a afirmação que corresponde à sua resposta. Nas questões com um espaço em branco, deve responder de forma clara e legível. Para que o questionário seja válido, pedimos por favor que não deixe nenhuma questão por responder. Agradecemos a sua colaboração.

Parte A – Caracterização sociodemográfica dos participantes

A1. Sexo

1. ☐ Masculino

2. ☐ Feminino

A2. Idade: _____ anos

A3. Habilitações Literárias:

1. ☐ Analfabeto

2. ☐ Escola Primária

3. ☐ Ciclo Preparatório

4. ☐ Ensino Secundário

5. ☐ Curso técnico-profissional

6. ☐ Curso Superior

Parte B - Medida de Adesão ao Tratamento (MAT)

Por favor indique a frequência com que cada situação ocorre escolhendo a resposta adequada.

B1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?

Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por Vezes	Raramente	Nunca
--------	--------------	----------------	-----------	-----------	-------

B2. Alguma vez foi descuidado com as horas de toma dos medicamentos?

Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por Vezes	Raramente	Nunca
--------	--------------	----------------	-----------	-----------	-------

B3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por se sentir melhor?

Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por Vezes	Raramente	Nunca
--------	--------------	----------------	-----------	-----------	-------

B4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido melhor?

Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por Vezes	Raramente	Nunca
--------	--------------	----------------	-----------	-----------	-------

B5. Alguma vez tomou mais ou menos comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por Vezes	Raramente	Nunca
--------	--------------	----------------	-----------	-----------	-------

B6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença, por ter deixado acabar os medicamentos?

Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por Vezes	Raramente	Nunca
--------	--------------	----------------	-----------	-----------	-------

B7. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?

Sempre	Quase Sempre	Com Frequência	Por Vezes	Raramente	Nunca
--------	--------------	----------------	-----------	-----------	-------

INSTRUMENTO RECOLHA DE DADOS

Parte C – Regime terapêutico

D1. Quanto medicamento encontra-se a tomar atualmente?

D2. Encontra-se atualmente em tumor nos últimos 3 meses algum medicamento adquirido sem indicação médica?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

D3. Encontra-se atualmente a tomar algum suplemento alimentar ou produto natural?

1. ☐ Sim

2. ☐ Não

Obrigado pela sua participação

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Entrevista

Número de pessoas referenciadas **73**



Número de entrevistas realizadas **64**

85% pessoas aceitaram participar no projeto de intervenção.

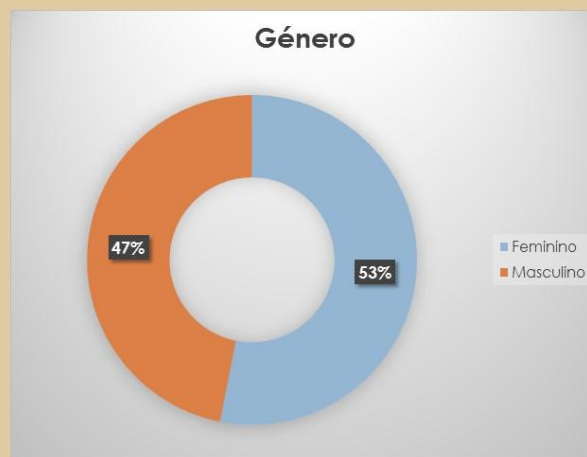
Entrevista

Motivos de recusa:

- Não querer Assinar documentos - 7
- Não querer divulgar informações pessoais - 1
- Não revelado - 1

**Tempo médio
de duração
15 a 20
minutos**

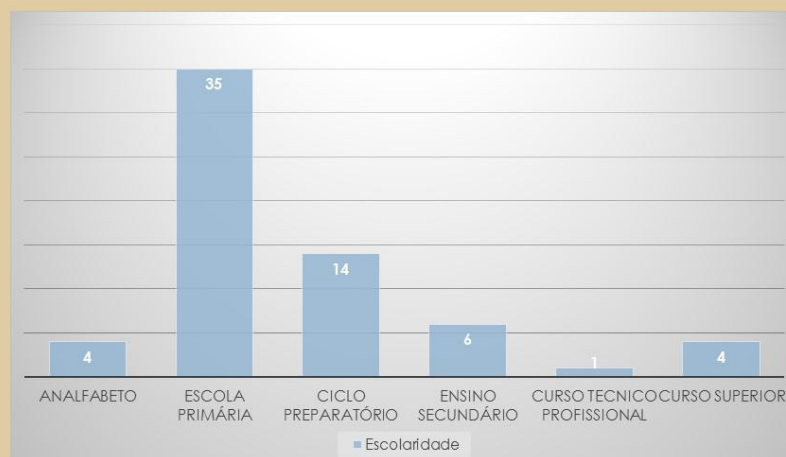
Género



Idade

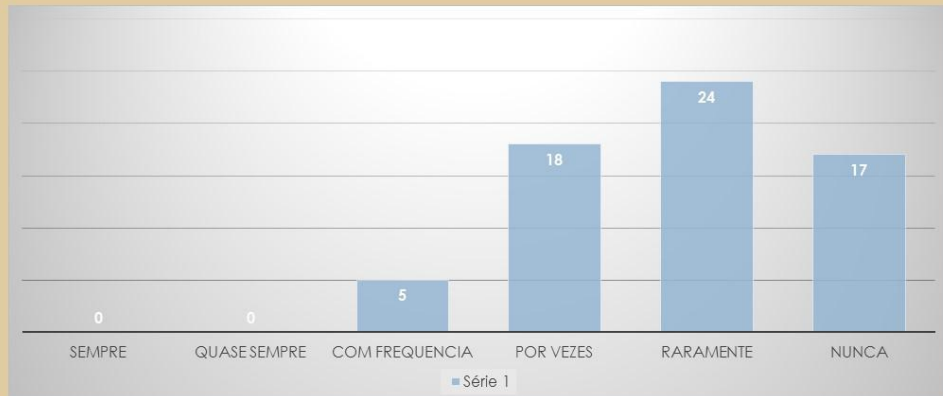
Medida	Número
Média	76,5156 anos
Mediana	76 anos
Moda	79 anos
Mínimo	65 anos
Máximo	89 anos

Escolaridade





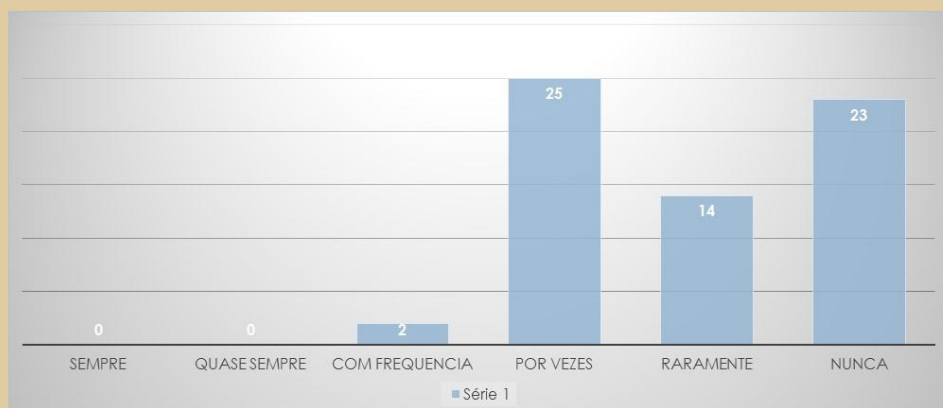
Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?



Média: 4,82



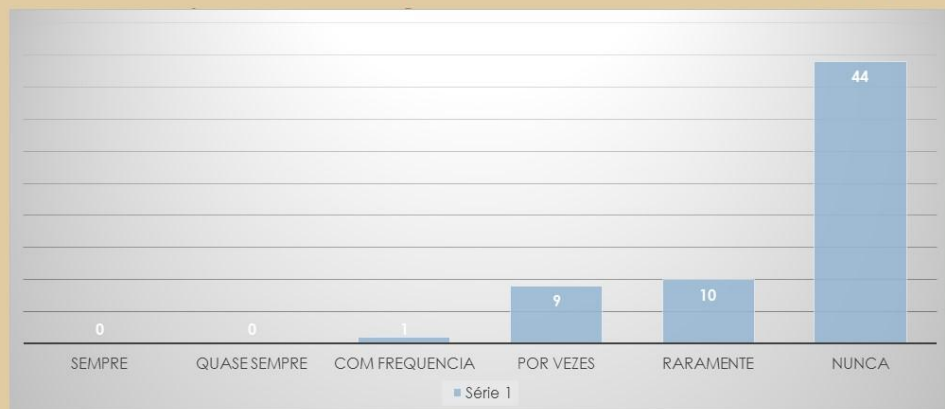
Alguma vez foi descuidado com as horas de toma dos medicamentos?



Média: 4,90



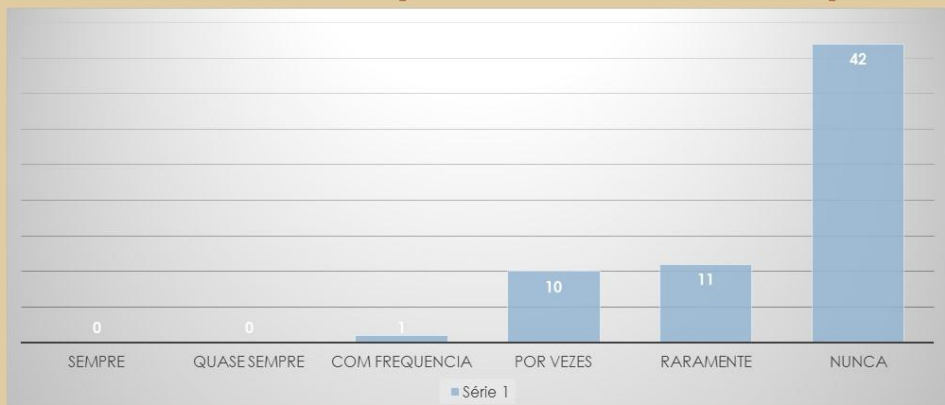
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por



Média: 5,51



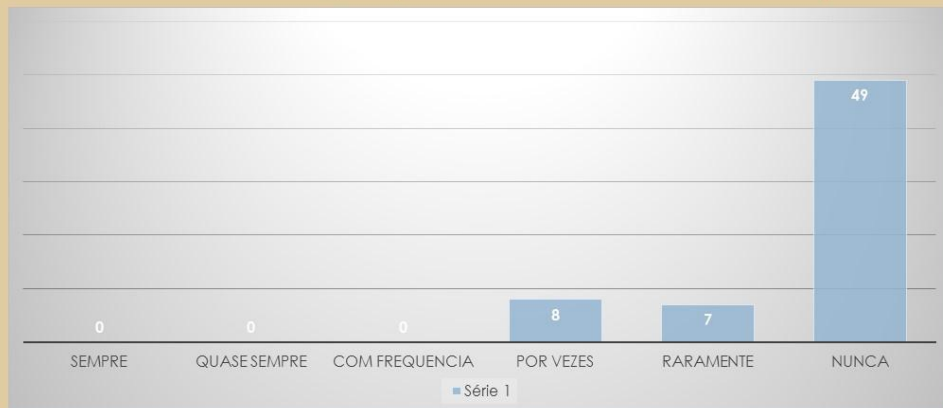
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?



Média: 5,46



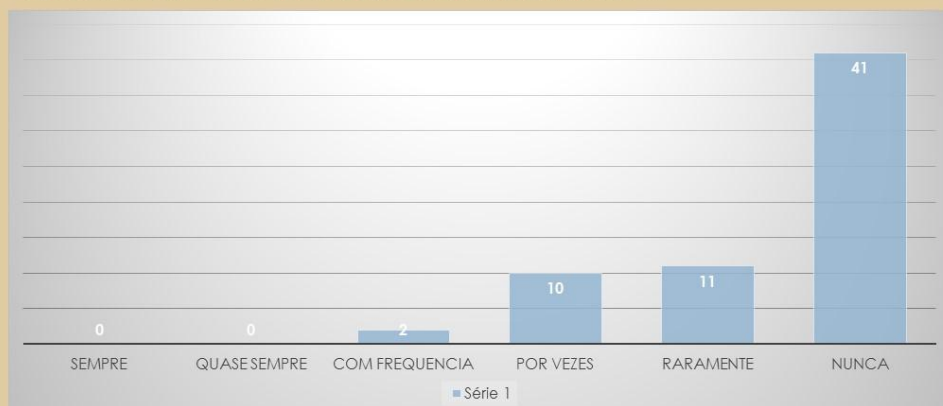
Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?



Média: 5,64

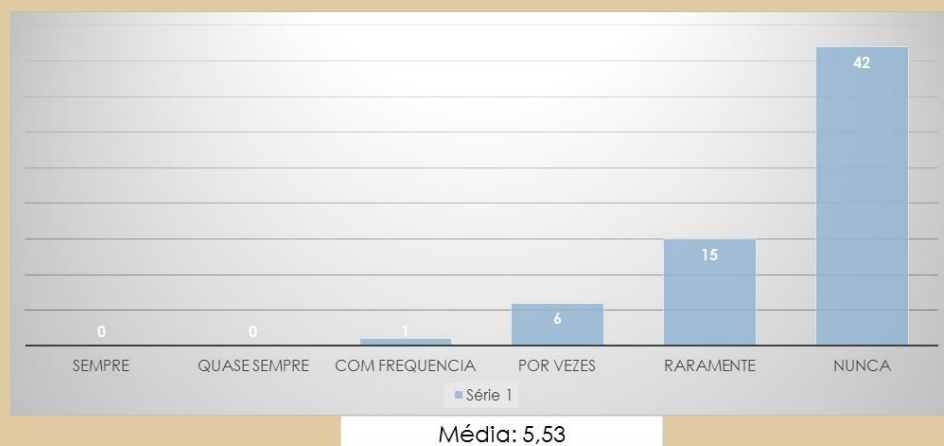


Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença, por ter deixado acabar os medicamentos?



Média: 5,42

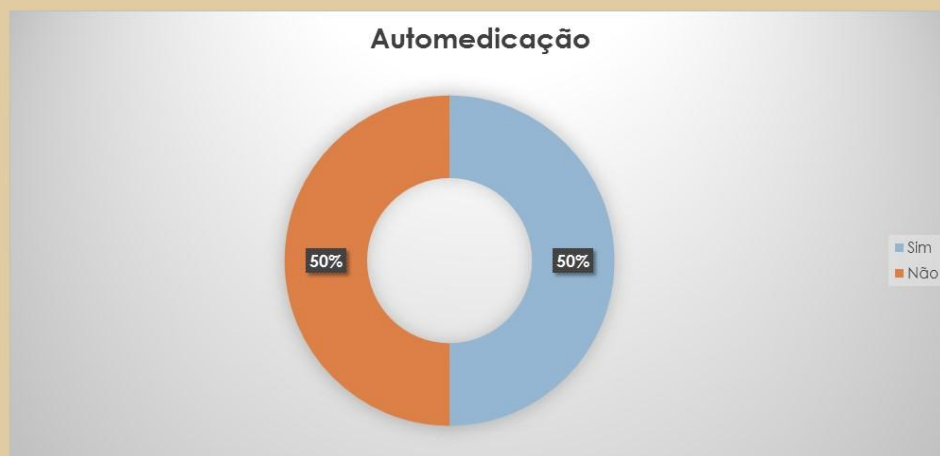
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?



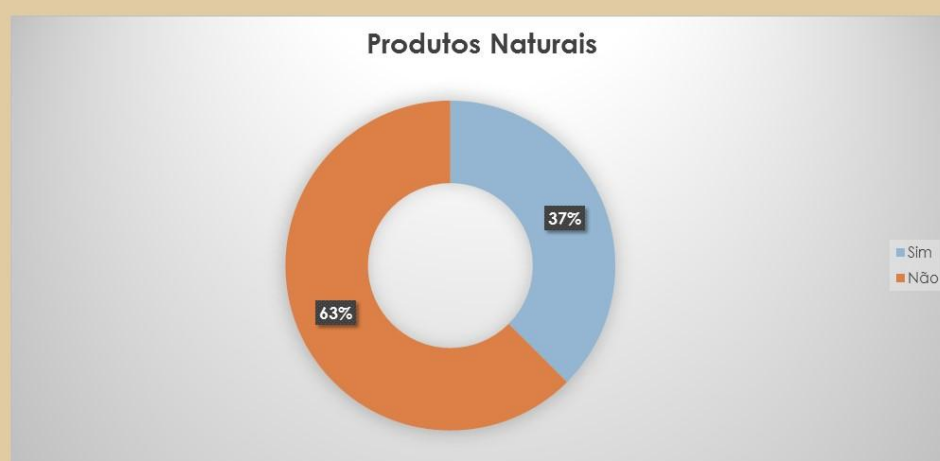
Número de medicamentos

Medida	Número
Média	6,96
Mediana	6,5
Moda	5
Mínimo	5
Máximo	16

Encontra-se atualmente a tomar algum medicamento adquirido sem indicação médica?



Encontra-se atualmente a tomar algum suplemento alimentar ou produto natural?



Análise dados

MAT

Média
5,33

Mínimo – 3,86



Máximo – 3,86

14 pessoas < 5



21,87%

PROBLEMAS IDENTIFICADOS

- Baixa adesão ao regime medicamentoso prescrito.
- Analfabetismo.
- Automedicação.
- Uso elevado de produtos naturais e suplementos.



PRINCIPAIS ERROS COM MEDICAÇÃO

- Omissão de doses
- Auto medicação
- Paragem incorreta
- Tomar na altura errada
- Falta de conhecimentos sobre a medicação

População
que faz
mais erros



- Idosos.
- Mudaram de estado civil
- Vivem sozinhos
- Baixa educação
- Consome mais medicamentos



PRINCIPAIS CAUSAS ERROS MEDICAMENTOS

- Engano com a dose
- Duplicação
- Embalagens parecidas
- Mau uso de caixas dispensadoras
- Toma com alimentos ou produtos desaconselhados
- Tomar medicação de outra pessoa
- Fora de prazo
- Medicação mal armazenada
- Esquecimento
- Esquecimentos instruções medicas
- Falta de informação sobre medicamento

ETAPAS CHAVE NA SEGURANÇA DA MEDICAÇÃO



INTERVENÇÕES PROMOTORAS ADESÃO AO REGIME MEDICAMENTOSO

- Intervenções comportamentais.
- Intervenções económicas.
- Intervenções de auto gestão doença.
- Intervenções multidisciplinares.
- Lembretes.
- Embalamento individual.
- **Educação para a saúde.**

5 MOMENTOS PARA A SEGURANÇA DO MEDICAMENTO



INTERVENÇÕES PROMOTORAS DE UMA ADEQUADA POLIMEDICAÇÃO

Apoios de prescrição eletrónico

Promoção adesão ao regime medicamentoso

Reconciliação terapêutica

Revisão medicamentosa



Registo medicação habitual

Boa Comunicação

REVISÃO REGIME MEDICAMENTOSO

Aims	1. What matters to the patient	Review diagnoses and identify therapeutic objectives with respect to: • Understanding of goals of medication therapy • Management of existing health problems • Prevention of future health problems
Need	2. Identify essential medications	Identify essential medications (not to be stopped without specialist advice) such as: • Medications that have essential replacement functions (e.g. thyroxine) • Medications to prevent rapid symptomatic decline (e.g. medications for Parkinson's disease)
	3. Does the patient take unnecessary medications?	Identify and review the (continued) need for medications: • With temporary indications • With higher-than-usual maintenance doses • With limited benefit in general for the indication they are used for • With limited benefit for the particular patient under review
Effectiveness	4. Are therapeutic objectives being achieved?	Identify the need for adding/intensifying medication therapy in order to achieve therapeutic objectives: • To achieve symptom control • To achieve biochemical/clinical targets • To prevent disease progression/exacerbation
Safety	5. Does the patient have/ is at risk of adverse drug reactions?	Identify patient safety risks by checking for: • Drug-disease interactions • Drug-drug interactions • Robustness of monitoring mechanisms for high-risk medications • Risk of accidental overdosing
	Does the patient know what to do if they are ill?	Identify adverse drug effects by checking for: • Specific symptoms/laboratory markers (e.g. hypokalaemia) • Cumulative adverse drug effects • Medications that may be used to treat adverse drug reactions caused by other medications
Costs	6. Is therapy cost-effective?	Identify unnecessarily costly medication by: • Considering more cost-effective alternatives (but balance against effectiveness, safety, convenience)
Patient-centredness	7. Is the patient willing and able to take medication as intended?	Does the patient understand the outcomes of the review? • Does the patient understand why they need to take their medication? • Consider teach-back technique* to ensure full understanding Ensure medication changes are tailored to patient preferences: • Is the medication in a form the patient can take? • Is the dosing schedule convenient? • Consider what assistance the patient might have and when this is available • Is the patient able to take medicines as intended? Agree and communicate plan: • Discuss with the patient therapeutic objectives and treatment priorities • Decide with the patient what medicines have an effect of sufficient magnitude to consider continuation or discontinuation • Inform relevant health care and social care change in treatments across care transitions

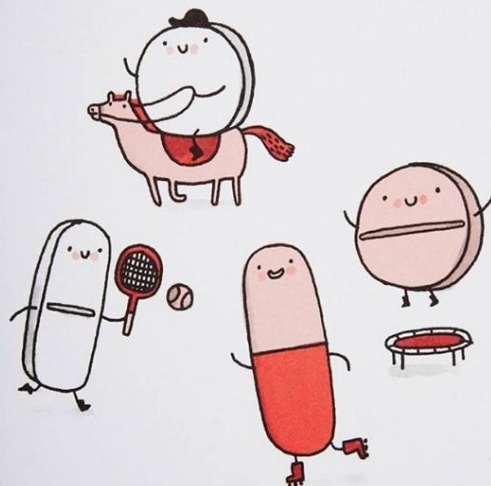
SESSÃO EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

- Dia **07/02/2020**
- Hora **10h**

- Utentes polimedicados com baixa adesão ao regime medicamentoso.
- Utentes com baixa adesão ao regime medicamentoso.

Bibliografia

- Alexandre, T., Corona, L.P., Nunes, D.P., Santos, J. L., Duarte, Y. A., & Lebrão, M. L. (2014). Disability in instrumental activities of daily living among older adults: gender differences. *Revista de saúde pública*, 48(3), 379-89.
- Correia, J.M.(2003)– Introdução à gerontologia. Lisboa: Universidade Aberta
- COSTA, S. (2009) Polimedicação na população idosa portuguesa. Lisboa: CEFA
- Direção Geral de Saúde (2016) Plano Nacional para a Segurança do Utente, consultada a 01/06/2019, disponível em : <https://www.dgs.pt/ms/8/pagina.aspx?js=0&codigoms=5521&codigono=02030213AAAAAAAAAAAAAAAA>
- Imperatori, E.; Giraldes, M. R. (1993). *Metadologia do planeamento em saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Henriques, M. (2011). Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade Eficácia das intervenções de enfermagem (Tese de doutoramento não publicada), Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Hajjar, E.R, Cafiero A.C., Hanlon J.T. (2007) Polypharmacy in elderly patients. *American Journal Of Geriatric Pharmacother*. 5:345–51
- Hovstadius, B., Pettersson, G. (2012) Factors leading to excessive polypharmacy. *Clin Geriatr Med*. 28(2): p. 159-72.
- ICN (2002) Classificação Internacional para a prática de Enfermagem – versão Beta 2. Genebra: International Council of Nurses.
- LYNCH, T. (2006) – Medication costs as a primary cause of nonadherence in the elderly. *Consultant Pharmaceutical*. Feb;21(2):143-6.
- Regulamento n.º 428/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. Ordem dos Enfermeiros. Diário Da República, 2ª Série (Nº 199 de 16 de Outubro de 2017). p. 19354-19359. ELI: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/search/115698616/details/normal?l=1>.
- Rollason, V., & Vogt, N. (2003). Reduction of polypharmacy in the elderly: a systematic review of the role of the pharmacist. *Drugs & Aging*. 20(11), 817–832.
- Santos Silva, A., & Santos, I. (2010). PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO DE IDOSOS PARA O ENVELHECER SAUDÁVEL: APLICAÇÃO DA TEORIA DE NOLA PENDER. *Texto & Contexto Enfermagem*. 19 (4), 745-753.
- SIMPATY - Stimulating Innovation Management of Polypharmacy and Adherence in The Elderly Consortium (2017) Polypharmacy Management by 2030: a patient safety challenge. Coimbra: SIMPATY Consortium.
- SOARES, M.A.S. (2009) – Avaliação da terapêutica potencialmente inapropriada no doente geriátrico. (Dissertação de Doutoramento) Universidade de Lisboa, Faculdade de Farmácia, Lisboa.
- Von Korff, M., Gruman, J., Schaefer, J., Curry, S. J., & Wagner, E. H. (1997). Collaborative management of chronic illness. *Annals Of Internal Medicine*, 127(12), 1097–1102



RECREATIONAL DRUGS

OBRIGADO

**APÊNDICE X – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE
SENSIBILIZAÇÃO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA USF A**

Inquérito de Satisfação dos participantes na formação.

1.CONTEUDO PROGRAMÁTICO

	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
Interesse dos conteúdos apresentados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duração da ação de formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.ORGANIZAÇÃO DA AÇÃO

	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
Instalações e condições ambientais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipamentos didáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cumprimento de horários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.FORMADOR

	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
Clareza da exposição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domínio dos temas desenvolvidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidade para esclarecer dúvidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.RESULTADOS E EXPETATIVAS

	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
Temas abordados face às expetativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilidade prática da formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.AVALIAÇÃO GLOBAL

	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
Globalmente a ação de formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obrigado

APÊNDICE XI – CONVITE SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Adesão ao regime medicamentoso

Dia 07/02 pelas 10 horas

Sala reuniões USF / [REDACTED]

Venha aprender como gerir os seus medicamentos e os apoios a que tem direito

Contacto e inscrição: 212728832

Rafael.alves@arslvt.min-saude.pt

**APÊNDICE XII – CARTAZ ALUSIVO À SESSÃO DE EDUCAÇÃO
PARA A SAÚDE**

Sessão de Educação para a Saúde

Adesão ao Regime Medicamentoso

07 de Fevereiro

10 Horas

Sala Reuniões USF A 

Formador:

Enf. Rafael Alves

Contacto: 212728832

Enviar inscrição para:

**Rafael.alves@arslvt.min-
saude.pt**

Venha aumentar os seus conhecimentos sobre:

Polimedicação

Erros com medicação

Gestão da medicação

Automedicação

Produtos naturais

Suplementos alimentares

Questões sobre a medicação

**APÊNDICE XIII – PLANO DAS SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A
SAÚDE**

Plano de sessão de educação para a saúde.

1.Tema: Adesão ao regime medicamentoso e polimedicação.

2. Fundamentação do Tema: O envelhecimento da população vem acarretar novos desafios para os Profissionais de Saúde, sendo que provoca uma cronicidade da doença. A ferramenta mais comum para o controlo da doença continua a ser a medicação, sendo cada vez mais utilizada provocando um fenómeno denominado polimedicação. Este é definido como o uso concomitante de vários medicamentos de forma simultânea, não existindo um número definido na literatura. A polimedicação encontra-se diretamente interligada com a adesão ao regime medicamentoso. Quanto maior o número de medicamentos que a pessoa tenha que administrar maior será o risco de interações e não cumprimento do regime medicamentoso. É fundamental encontrar estratégias para melhorar a adesão ao regime medicamentoso.

3. População-alvo/destinatários: Utentes inscritos na USF A com idade igual ou superior a 65 anos e a tomar 5 ou mais medicamentos crónicos.

4. Local: Sala de reuniões da USF A.

5. Grupo Dinamizador: Enf. Rafael Alves, 10º curso de mestrado especialidade de enfermagem comunitária.

6. Data e Hora de Evento: Dia 07 de fevereiro das 10 às 10.50h horas

7. Objetivos da sessão

Objetivo geral: Intervir em contexto comunitário para a capacitação das pessoas idosas, inscritas na USF A, na promoção da adesão do regime medicamentoso em situações identificadas de polimedicação.

Objetivo específico:

- › Capacitar as pessoas idosas polimedicadas inscritas na USF A para a melhoria da adesão ao seu regime medicamentoso.
- › Capacitar as pessoas idosas polimedicadas inscritas na USF A para prevenção dos riscos associados à polimedicação.

8. Recursos materiais e humanos necessários:

8.1- Recursos materiais:

- Computador
- Projetor
- Quadro de parede
- Exemplos de medicamentos
- Caixa organizadora de medicação
- Papel e canetas

8.2- Recursos humanos

- Enfermeiro Rafael Alves

Etapas	Conteúdo	Recursos	Metodologia	Duração
Introdução	Apresentação do tema e sua importância Apresentação dos preletores	Computador Projetor	Expositivo	5 Min
Desenvolvimento	Conceito de polimedicação. Impacto da polimedicação na população idosa. Riscos associados à polimedicação. Conceito de Adesão ao regime medicamentoso. Impacto da não adesão ao	Computador Projetor	Expositivo	5 Min.

	<p>regime medicamentoso na população idosa.</p> <p>Riscos associados á não adesão ao regime medicamentoso.</p>			
	<p>Apresentação dos resultados decorrentes do diagnóstico de situação realizada á população idosa polimedicada da USF A na área da adesão ao regime medicamentoso</p>	<p>Computador</p> <p>Projeto</p>	Expositivo	5 Min
	<p>Estratégias de promoção da adesão ao regime medicamentoso descritos na literatura.</p> <p>Estratégias de promoção redução da polimedicação descritos na literatura.</p> <p>Apoios sociais na compra de medicação.</p>	<p>Computador</p> <p>Projeto</p>	Expositivo	5 Min.
	<p>Principais erros na toma do regime medicamentoso e estratégias para a sua minimização.</p> <p>Mesa redonda com exposição de dúvidas.</p>	<p>Quadro de parede,</p> <p>computador,</p> <p>projeto,</p> <p>exemplos de medicamentos,</p> <p>caixa organizadora.</p>	Interativo	15 Min
Conclusão	<p>Breve síntese de sessão</p> <p>Esclarecimento de dúvidas</p>	<p>Computador</p> <p>Projeto</p>	Expositivo	10 Min.
Avaliação	<p>Avaliação da sessão de educação para a saúde.</p>	<p>Folha de papel A4</p>		5 Min

**APÊNDICE XIV – APRESENTAÇÃO POWER POINT DAS SESSÕES
DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

ADESÃO AO REGIME MEDICAMENTOSO DA PESSOA IDOSA POLIMEDICADA EM CONTEXTO COMUNITÁRIO

Área de Especialização em Enfermagem Comunitária



Rafael António Barbosa Alves - nº 8343

Professora Orientadora

Andreia Jorge Silva da Costa

Enfermeira Orientadora

Enf. Carla Vidinha

OBJETIVOS

- Intervir em contexto comunitário para a capacitação das pessoas idosas, inscritas na USF A [] na promoção da adesão do regime medicamentoso.

ENVELHECIMENTO POPULAÇÃO

- Aumento número idosos
- Aumento esperança média de vida

► Aumento número doenças crónicas

Aumento número medicamentos

POLIMEDICAÇÃO

- O conceito de polimedicação não se encontra bem descrito na literatura, sendo normalmente descrito como o uso de vários medicamentos simultaneamente, variando algumas definições quanto ao número, variando entre 4 e 10 medicamentos (Hovtadius e Petersson, 2012).

82% da população adulta toma, pelo menos, um medicamento

29% toma cinco ou mais medicamentos

A gestão da medicação é uma das atividades mais importantes no conceito de autonomia na população idosa (Alexandre, 2014)

Custo associado anualmente à não adesão à terapêutica ascende aos 211.000 milhões de euros (Infarmed ,2017).



<https://www.bbc.com/pt/1/saude/16-02-2017-01-01>

CONSEQUÊNCIAS POLIMEDICAÇÃO

- ▶ Aumentos dos custos com a saúde.
- ▶ Eventos medicamentosos adversos.
- ▶ Interações medicamentosas.
- ▶ Alterações do status funcional.
- ▶ Alterações cognitivas.
- ▶ Quedas
- ▶ Incontinência urinária
- ▶ Nutrição
- ▶ Não adesão ao regime medicamentoso



<https://studycart24.net/1000-polifarmacia-e-interacoes-medicamentosas/>

ADESÃO AO REGIME MEDICAMENTOSO



Melhoria da saúde
Melhoria da segurança do utente
Melhoria qualidade de vida
Diminuição custos

Quanto mais complexo
o regime
medicamentoso maior a
probabilidade da
ocorrência de erros



Maiores custos para o utente
Aumento da probabilidade de internamentos
Aumento de reações adversas
Insucesso da medicação

ADESÃO AO REGIME MEDICAMENTOSO

Motivos da não adesão

Custos com Medicação

Alterações capacidade cognitiva e funcional

Analfabetismo

Situação económica

Questões culturais

Efeitos secundários

Conhecimento sobre doença

CONTEXTO USF ALMADA

Cada utente com 65 anos ou mais foi lhe prescrito 19 caixas de medicamentos em 2019

- Mais de metade dos utentes refere já se ter esquecido de tomar os medicamentos
- Mais de metade dos utentes refere já se ter descuidado com as horas a que toma os medicamentos.
- 1/5 dos utentes apresenta baixa adesão ao regime medicamentoso.

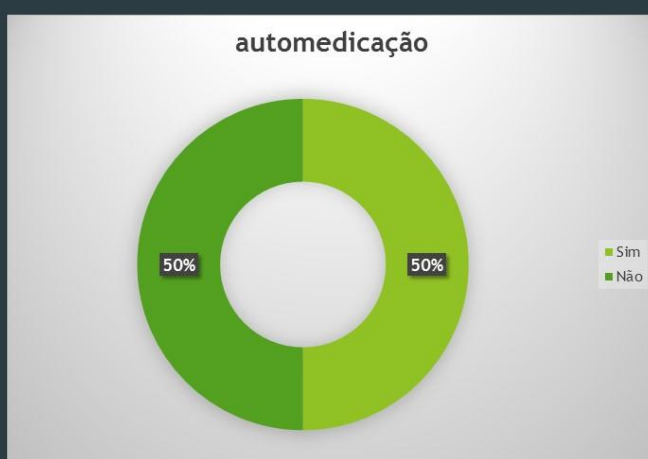
NÚMERO DE MEDICAMENTOS

Medida	Número
Média	6,96
Mediana	6,5
Moda	5
Mínimo	5
Máximo	16

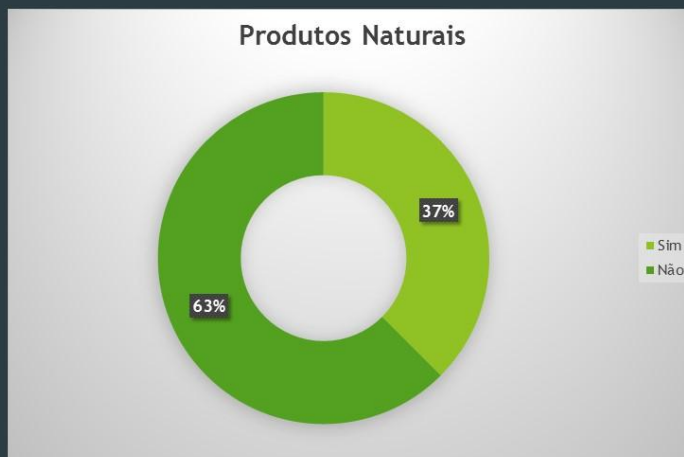
- Crenças efeitos nocivos dos medicamentos
- Crenças que os médicos prescrevem muita medicação



ENCONTRA-SE ATUALMENTE A TOMAR ALGUM MEDICAMENTO ADQUIRIDO SEM INDICAÇÃO MÉDICA?



ENCONTRA-SE ATUALMENTE A TOMAR ALGUM SUPLEMENTO ALIMENTAR OU PRODUTO NATURAL?



PRINCIPAIS ERROS COM MEDICAÇÃO

- ▶ Omissão de doses
- ▶ Auto medicação
- ▶ Paragem incorreta
- ▶ Tomar na altura errada
- ▶ Falta de conhecimentos sobre a medicação



População
que faz mais
erros

- Idosos.
- Mudaram de estado civil
- Vivem sozinhos
- Baixa educação
- Consome mais medicamentos

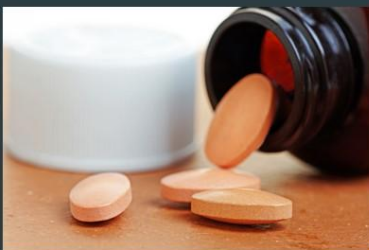
PRINCIPAIS CAUSAS ERROS MEDICAMENTOS



ENGANO COM A DOSE

Se duvidas peça colaboração
ao seu enfermeiro ou
farmacêutico

Tomar sempre
a dose
prescrita



Ter lembrete com todos os medicamentos , horas a que deve tomar e dosagem dos mesmos

ENGANO COM A DOSE

Respeite os 5 certos

- Dose certa
- Hora certa
- Pessoa certa
- Via certa
- Medicamento certo

DUPLICAÇÃO

Se esquecer de tomar uma dose



Não duplique a dose

O mesmo medicamento pode ter caixas diferentes

Usar de preferência a mesma farmácia



<https://hogdafloresta.com.br/fohafi/vp-content/uploads/2017/02/medicaci3a7c3a3p1.jpg>

EMBALAGENS PARECIDAS

Ter atenção ao princípio ativo

Os comprimidos podem ser muito semelhantes. Não os remova da embalagem



TOMA COM ALIMENTOS OU PRODUTOS DESACONSELHADOS

- ▶ Perguntar ao médico prescritor se existe algum alimento que deva evitar.
- ▶ Perguntar se existem interações com álcool ou tabaco



<https://www.k3i.com.br/pesquisa/pesquisas/Medicamentos-e-bebidas-alcois/CNS330a-estrutura-pesquisa.aspx>

Tomar a medicação preferencialmente com água

TOMAR MEDICAÇÃO DE OUTRA PESSOA

Não guardar a medicação em conjunto

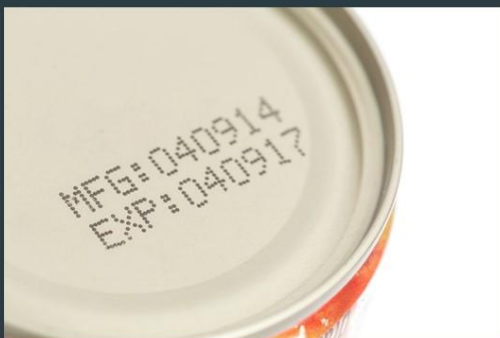
Cuidado com medicamentos dos animais domésticos



<https://www.vitae.com.br/pt-br>

Verificar sempre o nome do medicamento antes de o tomar

FORA DE PRAZO



Ter atenção ao prazo de validade do medicamento

Realize uma avaliação do prazo de validade dos seus medicamentos guardados regularmente

Entregue os seus medicamentos fora de prazo na farmácia

MEDICAÇÃO MAL ARMAZENADA

Guardar os medicamentos em lugar seco e fresco longe da luz solar

Evitar guardar na cozinha e casa de banho

Alguns medicamentos tem prazo após abertura



Guardar longe do alcance de crianças

ESQUECIMENTO



Peça ao seu médico uma lista atualizada dos seus medicamentos a cada consulta

Ter listagem atualizados dos medicamentos

Organize uma rotina diária facilitadora de evitar esquecimento

ESQUECIMENTO DE INSTRUÇÕES MÉDICAS

- Tome notas
- Peça ao seu médico informação escrita

Não tenha medo de perguntar

Peça ajuda à sua equipa de família



FALTA DE INFORMAÇÃO

Conheça a sua
doença

Informe-se sobre
os possíveis
efeitos adversos

Leia a bula dos
seus
medicamentos

INFORMAÇÃO?

???

<http://www.supa-organizado.com.br/index.php?module=page/11-falta-de-informacao>

COMUNICAÇÃO COM A EQUIPA DE SAÚDE

Levar toda a
informação relevante.

Informar
alergias

Lista de toda a
medicação que se
encontra
atualmente a tomar

Importante referir toma de
suplementos alimentares e produtos
naturais



COMUNICAÇÃO COM A EQUIPA DE SAÚDE - O QUE PERGUNTAR

Para que serve o medicamento

Quando devo tomar o medicamento

Quando devo começar a tomar o medicamento e quando devo parar

Como devo guardar o medicamento

Que cuidados devo ter com o medicamento



- Que efeitos secundários devo esperar.
- Qual o tempo que demora a sentir o efeito
- Se existe algum alimento ou atividade que devo evitar

COMUNICAÇÃO COM A EQUIPA DE SAÚDE

Seja aberto e sincero



A sua equipa de saúde só o pode ajudar se souber todas as informações necessárias

Não tenha medo de perguntar

Se tem dificuldade a deglutir

Informar se teve alguma reação ou sintoma estranho quando iniciou a medicação

APOIOS SOCIAIS NA MEDICAÇÃO

Se tem complemento
Solidário Idoso



<https://em.mesa.pt/assuntos-e-situacoes/complemento-solidario>

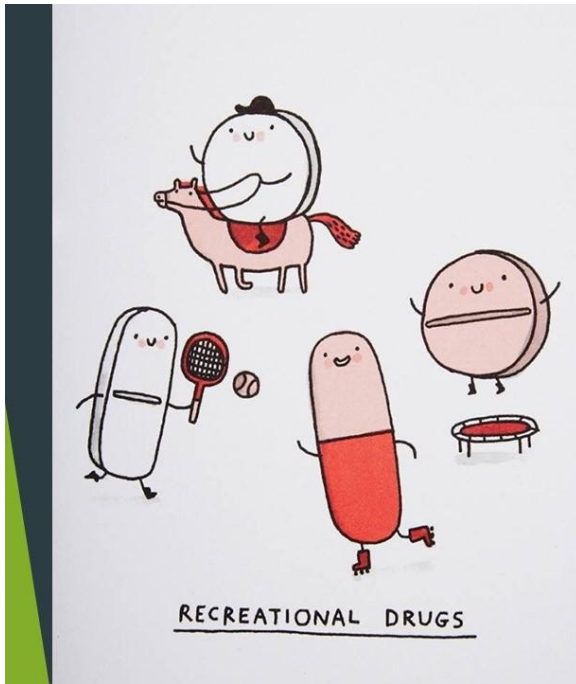
Permite-lhe o reembolso das despesas de saúde na compra de:

Medicamentos (parcela do preço não
comparticipada pelo Estado) – Participação
financeira em **50%**;

COMO PEDIR

Entregar no centro de saúde os seguintes documentos
num prazo de 180 dias após a compra:

- ▶ Guias de tratamento por prescrição eletrónica médica dos medicamentos, ou documento de prescrição dos óculos e lentes ou da prótese dentária;
- ▶ □ Recibo que mostre claramente a despesa feita e que foi paga;
- ▶ □ (Na 1ª vez) Declaração comprovativa de estar a receber Complemento Solidário para Idosos, passada pelo Instituto de Segurança Social, I.P.



OBRIGADO







APÊNDICE XV – LISTAGEM MEDICAMENTOS

Plano de Medicação

Nome: _____

Data de atualização _____

Nome/Dose/ Toma:

 JEJUM	 PEQUENO ALMOÇO	 ALMOÇO	 LANCHE	 JANTAR	 CEIA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Data de Inicio / /

Data de termino / /

Para que serve:

Cuidados:

Nome/Dose/ Toma:

 JEJUM	 PEQUENO ALMOÇO	 ALMOÇO	 LANCHE	 JANTAR	 CEIA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Data de Inicio / /

Data de termino / /

Para que serve:

Cuidados:

Nome/Dose/ Toma:

 JEJUM	 PEQUENO ALMOÇO	 ALMOÇO	 LANCHE	 JANTAR	 CEIA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Data de Inicio / /

Data de termino / /

Para que serve:

Cuidados:

Nome/Dose/ Toma:

 JEJUM	 PEQUENO ALMOÇO	 ALMOÇO	 LANCHE	 JANTAR	 CEIA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Data de Inicio / /

Data de termino / /

Para que serve:

Cuidados:

**APÊNDICE XVI – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO 1ª SESSÃO DE
EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

Avaliação sessão educação para a saúde

De forma a avaliar a sessão de educação para a saúde na qual acabou de participar responda às seguintes questões:

- 1- Selecione de entre as seguintes opções 3 atividades promotoras da adesão ao regime medicamentoso.

Usar sempre a mesma farmácia	
Guardar os medicamentos de toda a família juntos	
Usar caixas de organização medicação	
Utilizar lembretes com regime medicamentoso	
Perguntar sempre os cuidados a ter com os medicamentos	

- 2- Selecione de entre as seguintes opções 3 complicações derivadas da não adesão ao regime medicamentoso.

Aumento dos custos com a medicação	
Não obter o efeito médico pretendido	
Aumento número de internamentos hospitalares	
Melhoria da qualidade de vida	
Aumento dos custos para o SNS	

- 3- Selecione de entre as seguintes opções 3 riscos associados à polimedicação.

Aumento das quedas	
Interações medicamentosas	
Incontinência urinária	
Alterações cognitivas	
feridas	

Obrigado pela sua participação.

APÊNDICE XVII – AVALIAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

Avaliação Sessão De Sensibilização Profissionais de Saúde USF A

Número de profissionais presentes: 15	Presença de 79,9% dos profissionais
Numero total de profissionais da USF Almada: 19	

<i>Conteúdo programático</i>	<i>Muito bom</i>	<i>bom</i>	<i>suficiente</i>	<i>insuficiente</i>	<i>mau</i>
<i>Interesse dos conteúdos apresentados</i>	71,5%	28,5%			
<i>Duração da ação de sensibilização</i>	64,26%	35,7%	7,14%		

<i>Organização da ação</i>	<i>Muito bom</i>	<i>bom</i>	<i>suficiente</i>	<i>insuficiente</i>	<i>mau</i>
<i>Instalações e condições ambientais</i>	64,3%	35,7%			
<i>Equipamentos didáticos</i>	64,3%	35,7%			
<i>Cumprimento de horários</i>	64,3%	35,7%			

<i>Formador</i>	<i>Muito bom</i>	<i>bom</i>	<i>suficiente</i>	<i>insuficiente</i>	<i>mau</i>
<i>Clareza da exposição</i>	78,54%	21,42%			
<i>Domínio dos temas desenvolvidos</i>	71,5%	28,5%			
<i>Capacidade para esclarecer duvidas</i>	71,5%	28,5%			

<i>Resultados e expectativas</i>	<i>Muito bom</i>	<i>bom</i>	<i>suficiente</i>	<i>insuficiente</i>	<i>mau</i>
<i>Temas abordados face as expectativas</i>	64,26%	28,5%	7,14%		
<i>Utilidade pratica da formação</i>	71,4%	28,5%			

<i>Avaliação global</i>	<i>Muito bom</i>	<i>bom</i>	<i>suficiente</i>	<i>insuficiente</i>	<i>mau</i>
<i>Globalmente a ação de formação</i>	78,54%	21,42%			

Numero de profissionais presentes que Indicaram 3 ações clinicas a desenvolver para a prevenção dos riscos associados a polimedicação e melhoria da adesão ao regime medicamentoso dos utentes inscritos na USF A: 13	85,72% dos participantes indicaram 3 ações
Numero total de profissionais da USF A presentes: 15	

Avaliação da 1ª Sessão De Educação para a Saúde

Questão	Resposta	Porcentagem
Selecione entre as seguintes opções 3 atividades promotoras da adesão ao regime medicamentoso	10 corretas	83,4%
	2 incorretas	16,6%
Selecione de entre as seguintes opções 3 complicações derivadas da não adesão ao regime medicamentoso	9 corretas	75%
	3 incorretas	25%
Selecione de entre as seguintes opções 3 riscos associados á polimedicação	10 corretas	83,4%
	2 incorretas	16,6%

Avaliação da 2ª Sessão De Educação para a Saúde

<i>Conteúdo programático</i>	<i>Muito bom</i>	<i>bom</i>	<i>suficiente</i>	<i>insuficiente</i>	<i>mau</i>
<i>Interesse dos conteúdos apresentados</i>	83.3%	16.7%			
<i>Duração da ação de sensibilização</i>	66.6%	33.4%			

<i>Organização da ação</i>	<i>Muito bom</i>	<i>bom</i>	<i>suficiente</i>	<i>insuficiente</i>	<i>mau</i>
<i>Instalações e condições ambientais</i>	83.3%	16.7%			
<i>Equipamentos didáticos</i>	83.3%	16.7%			
<i>Cumprimento de horários</i>	83.3%	16.7%			

<i>Formador</i>	<i>Muito bom</i>	<i>bom</i>	<i>suficiente</i>	<i>insuficiente</i>	<i>mau</i>
<i>Clareza da exposição</i>	83.3%	16.7%			
<i>Domínio dos temas desenvolvidos</i>	83.3%	16.7%			
<i>Capacidade para esclarecer duvidas</i>	66.6%	33.4%			

<i>Resultados e expectativas</i>	<i>Muito bom</i>	<i>bom</i>	<i>suficiente</i>	<i>insuficiente</i>	<i>mau</i>
<i>Temas abordados face as expectativas</i>	66.6%	33.4%			
<i>Utilidade pratica da formação</i>	83.3%	16.7%			

<i>Avaliação global</i>	<i>Muito bom</i>	<i>bom</i>	<i>suficiente</i>	<i>insuficiente</i>	<i>mau</i>
-------------------------	------------------	------------	-------------------	---------------------	------------

<i>Globalmente a ação de formação</i>	83.3%	16.7%			
---------------------------------------	--------------	--------------	--	--	--

**APÊNDICE XVIII – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO 2ª SESSÃO DE
EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

Inquérito de Satisfação dos participantes na Sessão Educação para a saúde.

	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
1.CONTEUDO PROGRAMÁTICO					
Interesse dos conteúdos apresentados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duração da ação de formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.ORGANIZAÇÃO DA AÇÃO	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
Instalações e condições ambientais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipamentos didáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cumprimento de horários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.FORMADOR	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
Clareza da exposição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domínio dos temas desenvolvidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidade para esclarecer dúvidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.RESULTADOS E EXPETATIVAS	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
Temas abordados face às expetativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilidade prática da formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.AVALIAÇÃO GLOBAL

	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
Globalmente a ação de formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXOS

**ANEXO I- AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DA MEDIDA DE ADESÃO
AOS TRATAMENTOS**

Pedido de Autorização para aplicação da escala de Medida de Adesão aos Tratamentos

2 mensagens

RAFAEL ANTÓNIO BARBOSA ALVES <rafaelalves@campus.esel.pt>

11 de abril de 2019 às
19:04

Para: lpl@iscte.pt

Ex^a Sr^a Prof. Doutora Luísa Lima

O meu nome é Rafael António Barbosa Alves, sou enfermeiro na USF Almada, ACES Almada/Seixal.

Encontro-me atualmente a frequentar o 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), sob a orientação da Prof. Andreia Jorge Silva da Costa, e pretendo abordar a temática da “Adesão Terapêutica na Pessoa Idosa Polimedicada em Contexto Comunitário”.

Venho por este meio solicitar a vossa permissão para utilizar a Medida de Adesão aos Tratamentos(MAT).

Agradeço desde já a toda a atenção, disponibilizando-me para prestar qualquer esclarecimento adicional que for achado pertinente.

Atenciosamente

Rafael António Barbosa Alves

Tel: 916154624

Email:rafaelalves@campus.esel.pt

Maria Luísa Lima <luisa.lima@iscte-iul.pt>

28 de abril de 2019 às 21:19

Para: RAFAEL ANTÓNIO BARBOSA ALVES <rafaelalves@campus.esel.pt>

Caro Rafael,

Muito obrigada pelo seu contacto e pelo seu interesse no nosso trabalho.

Autorizo a utilização da MAT, desde que a referencie correctamente em publicações futuras desta investigação:

Delgado, A.B., & Lima, M.L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia: Saúde e Doenças*, 1, 81-100.

Estou a participar num projeto de investigação sobre a perceção de riscos das radiações solares, no qual preciso de uma amostra de estudantes universitários. Ficaria muito grata se pudesse responder e divulgar este link junto de colegas seus.

https://rug.eu.qualtrics.com/jfe/form/SV_2rFbSys7Oy88UoI

Com os melhores cumprimentos, desejo-lhe os melhores sucessos.

Luisa Lima

De: RAFAEL ANTÓNIO BARBOSA ALVES <rafaelalves@campus.esel.pt>
Enviado: 11 de abril de 2019 19:04:34
Para: Maria Luísa Lima
Assunto: Pedido de Autorização para aplicação da escala de Medida de Adesão aos Tratamentos


**ANEXO II - AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO DA
COORDENADORA DA UNIDADE FUNCIONAL**



Declaração

Para os devidos efeitos, declaro que a Unidade de Saúde Familiar A [redacted] apresenta disponibilidade e adequadas condições estruturais e logísticas para a realização do estudo "Adesão Terapêutica na Pessoa Idosa Polimedicada em Contexto Comunitário".

[redacted] 9 de abril de 2019



ACES [redacted]
O Coordenador

Dr.ª Mafalda Roxo
Coordenadora da USF / [redacted]




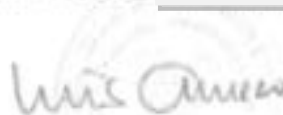
ANEXO III – AUTORIZAÇÃO DO DIRETOR EXECUTIVO DO ACES

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos declaro que o ACES  concorda e tem condições logísticas e humanas para a realização do projeto de investigação com o título "Adesão ao regime terapêutico da pessoa idosa polimedicada em contexto domiciliário", levado a cabo pelo titular Rafael António Barbosa Alves.

 16 de abril de 2019

O Diretor Executivo do Agrupamento de
Centros de Saúde 



Luis Amaro

MD/MCP

**ANEXO IV - AUTORIZAÇÃO COMISSÃO ÉTICA PARA A SAÚDE
ARSLVT**

Exmo. Senhor

Dr. Rafael António Alves

rafaelalves@campus.esel.pt

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

8369/CES/2019

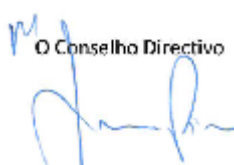
Assunto: Adesão Terapêutica na Pessoa Idosa Polimedicada em Contexto Comunitário.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epígrafe, na reunião da secção de investigação, do dia 20.09.2019, e emitiu um parecer favorável ao estudo.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,


O Conselho Directivo
LUÍS PISCO
Presidente do Conselho Directivo da
ARS LVT

Parecer 047/CES/INV/2019

Título: Adesão Terapêutica na Pessoa Idosa Polimedicada em Contexto Comunitário

Enquadramento institucional do proponente: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Investigador: Rafael António Barbosa Alves

Orientador Pedagógico: Professora Doutora Andreia Jorge Silva Costa

Co-Investigadores: Não aplicável.

Consultor Externo: Não aplicável.

Âmbito: Curso de Mestrado em Enfermagem.

Financiamento: Sem financiamento declarado.

I.- Fundamentação do estudo:

O envelhecimento da população é algo comum a quase a totalidade dos países industrializados. A constante evolução científica, permite encontrar novos tratamentos na área da saúde, permitindo estender a esperança média de vida, e a qualidade da mesma. A população idosa apesar de não ser a mais numerosa é a principal usuária dos cuidados de saúde, e o envelhecimento da população irá colocar novos desafios e uma pressão acrescida aos profissionais de saúde

Com o aumento da esperança média de vida, também estamos a assistir a uma cronicidade da doença. Von Korff et al em 1997, definiu as doenças crónicas, como as doenças que duram mais de três meses e não são autolimitadas. Refere ainda que o profissional de saúde é indispensável na gestão da doença crónica, sendo responsável por ensinar os doentes a controlar a doença, definindo e implementando programas, oferecendo apoio profissional contínuo e seguindo os doentes regularmente ao longo do tempo.

Na população idosa a medicação é ainda a principal ferramenta na gestão da doença. Um estudo realizado por Costa (2009) refere que em média os idosos portugueses tomam em média 7,3 medicamentos, sendo que a percentagem que toma mais de 10 ultrapassa os 25%. Outro estudo realizado por Soares 2009 afirma que 37% dos idosos estão a tomar medicação não apropriada, aumentando o risco de reações adversas, complicações e aumentando os custos associados aos cuidados de saúde.

A este fenómeno deu-se o nome de polimedicação. Na literatura estudada na realização deste trabalho não existe um consenso no número de medicamentos necessários para se considerar um indivíduo como polimedicado, existindo, porém, unanimidade a referirem que este fenómeno é um dos principais fatores

de morbilidade nos idosos, sendo responsável por 8,5 milhões de internamentos não programados na Europa anualmente.

O conceito de polimedicação não se encontra bem descrito na literatura, sendo normalmente descrito como o uso de vários medicamentos simultaneamente, variando algumas definições quanto ao número, variando entre 4 e 10 medicamentos.

Apesar da polimedicação não ser uma problemática exclusiva da população idosa, é neste grupo de indivíduos que ela se manifesta com mais frequência e com consequências mais graves. As alterações fisiológicas provocadas pelo processo de envelhecimento, assim como o aumento das comorbilidades, aumenta a suscetibilidade da ocorrência de complicações derivadas do uso elevado de medicamentos.

Uma das principais complicações associadas a este fenómeno é a diminuição da adesão ao regime terapêutico. Contudo quando falamos em não adesão não estamos a limitar à não toma da medicação, incluindo nesta definição tomas em horários inapropriados, acompanhados por alimentos não recomendados, não cumprimento da duração do tratamento ou automedicação.

Quanto maior o número de medicamentos que um idoso tiver que gerir, maior será a probabilidade do acontecimento de erros, potenciando interações medicamentosas, contribuindo para o desenvolvimento de doenças e internamentos evitáveis. Dados nacionais referem que o custo associado anualmente à não adesão à terapêutica ascende aos 211.000 milhões de euros.

O International Council of Nurses (ICN) define adesão terapêutica como “um comportamento de adesão com as características específicas: executar as atividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, atividades que são satisfatórias para atingir objetivos específicos de saúde, integrar atividades para tratamento ou prevenção da doença na vida diária”.

Identificar crenças associadas à doença e aos medicamentos é essencial pois permite determinar conceitos erróneos acerca do seu estado de saúde, e identificar fatores que interfiram na toma correta do seu regime terapêutico, encontrando estratégias conjuntas para melhorar os seus índices de adesão.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária ao se encontrar na prestação de cuidados diretos na comunidade, encontra-se em posição privilegiada para intervir sobre estas pessoas, nomeadamente: identificando as necessidades em saúde de grupos ou de uma comunidade; assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados às necessidades; através de parcerias com outras instituições da comunidade e com a rede social e de saúde mobilizando, participando e dinamizando projetos de intervenção comunitária dirigida a grupos; potencializando os recursos da comunidade para garantir a continuidade dos cuidados e a sua adequada utilização; identificando, e divulgando esses recursos disponíveis para dar resposta às necessidades.

Neste contexto e sabendo que a gestão da medicação é uma das atividades mais importantes no conceito de autonomia na população idosa, a polimedicação surge como um dos maiores obstáculos a sua concretização e uma área em que enfermeiro especialista em saúde comunitária pode intervir como facilitador, conseguindo ganhos em saúde e qualidade de vida.

Comentário do Relator:

Trata-se de um estudo que tem um potencial interesse e valor social que procura caracterizar a adesão ao regime terapêutico da população idosa polimedicada, descrever as necessidades sentidas e intervir de forma a capacitar a mesma população. A população é definida como sendo as pessoas idosas (com 65 ou mais anos) polimedicadas (5 ou mais medicamentos crónicos prescritos), inscrita numa lista de utentes da USF. [REDACTED]

II.- Materiais e métodos

Objetivos:

Objetivo geral:

Qual a adesão terapêutica na população idosa inscrita numa lista de utentes da USF [REDACTED] e a importância da polimedicação na mesma.

Objetivo específico:

1. Avaliar a adesão ao regime terapêutico da população idosa polimedicada inscrita numa lista de utentes da USF. [REDACTED]
2. Descrever as necessidades sentidas pela população idosa polimedicada inscrita numa lista de utentes da USF. [REDACTED]
3. Capacitar a população idosa polimedicada inscrita numa lista de utentes da USF / [REDACTED] face aos défices encontrados.

Metodologia e instrumentos de recolha de informação:

Tipo de estudo: Misto. Componente observacional, descritiva e transversal para cumprir objetivos 1 e 2. Componente de intervenção para cumprir objetivo 3.

Contexto: Cuidados de Saúde Primários.

População: Pessoas idosas (com 65 ou mais anos) polimedicadas (5 ou mais medicamentos crónicos prescritos), inscrita numa lista de utentes da USF / [REDACTED]

Amostra: De conveniência selecionada através de consulta dos processos clínicos pelo investigador

Cálculo da dimensão amostral: Não definido.

Modalidade de Recrutamento: Não definido.

Variáveis: Não definidas

Operacionalização das variáveis: Não definidas.

Recolha de dados: Preenchimento de questionário. Não é claro se o questionário é de autopreenchimento ou se em modalidade entrevista.

Processamento e análise estatística dos dados: Não descrito.

Comentário do Relator:

Trata-se de um projeto de investigação com um delineamento adequado, enquadrado numa instituição académica com idoneidade. Tem uma metodologia mista com um componente observacional e um de intervenção. Sendo o componente de intervenção dependente dos resultados do componente observacional não tem nesta fase qualquer concretização. Trata-se assim de um estudo com as seguintes características:

- 1.- envolve profissionais de Saúde da ARSLVT;
- 2.- que ainda não foi realizado;
- 3.- é uma investigação sistemática e pretende gerar um novo conhecimento;
- 4.- É um estudo que envolve seres humanos;
- 5.- Implica a interacção com dados de saúde de utentes;
- 6.- Tendo em conta os pressupostos anteriores cumpre critérios de apreciação por esta Comissão de Ética.

III.- Apreciação Ética

A) Beneficência

- 1.- Qual o valor social e a pertinência clínica, epidemiológica e de saúde proposta pelo estudo de investigação? Conhecimento sobre o nível de adesão terapêutica na população idosa polimedicada de uma unidade de Saúde, portanto uma realidade limitada e eventualmente muito enviesada pelas práticas concretas dos profissionais da unidade. Tem interesse circunscrito à unidade de saúde.
- 2.- A pergunta de investigação é suportada por uma adequada revisão do estado da arte e inclui a descrição de estudos de idêntica natureza realizados em Portugal e em outros Países? Sim.
- 3.- O estudo tem condições para responder à questão de investigação? Eventualmente sim, caso o tamanho amostral seja calculado e atingido.
- 4.- Qual o benefício expectável desta investigação? Identificação de não adesão terapêutica e eventuais determinantes da mesma.
- 5.- Qual o balanço entre danos e riscos prováveis que podem ocorrer neste estudo? Os riscos prováveis estão abaixo dos mínimos e são ultrapassados pelos potenciais benefícios se for assegurado o encaminhamento de eventuais situações de não adesão terapêutica potencialmente perigosas.
- 6.- É imperativo que o estudo de investigação seja realizado em seres humanos? Sim
- 7.- A participação na investigação preenche critérios de melhor interesse para os participantes? Na fase de intervenção potencialmente sim.

B) Respeito pela Dignidade Humana

- 8.- Prevê-se a obtenção do consentimento informado dos participantes? Quem terá a responsabilidade pela sua obtenção? Sim, o investigador.
- 9.- Existe um formulário de consentimento? Sim
- 9.1.- Existe um folheto informativo com informação sobre o projecto de investigação? Não.
- 9.2.- Com uma linguagem clara e compreensível que explicita a finalidade do estudo, os seus objectivos, os potenciais benefícios, os incómodos e os riscos? Não aplicável.
- 9.3.- Informa sobre pessoa de contacto (nome e telefone)? Sim.
- 9.4.- Consentimento em duplicado? Sim
- 9.5.- Define data e assinatura do investigador responsável e do doente ou do seu representante legal? Sim
- 9.6.- Clarifica e especifica liberdade para decidir e para retirar consentimento sem prejuízo para os participantes nomeadamente no que respeita aos cuidados de saúde, se for o caso. Sim
- 9.7.- Identificação do Encarregado de Protecção de Dados da ARSLVT (nome e contacto). Não aplicável.
- 10.- Os participantes são autónomos e competentes? Sim.
- 11.- Confidencialidade e privacidade de dados pessoais – prevê-se a recolha de dados de saúde sensíveis dos participantes? Sim.
- 11.1.- Está prevista a recolha de dados por cruzamento de informação disponível em diversas bases de dados? Não
- 11.2.- Qual a modalidade proposta pelo investigador para a anonimização e a encriptação de dados de saúde sensíveis? Não descrita.
- 11.3 – Quais os procedimentos adoptados para se garantir, em permanência, a confidencialidade e a privacidade de dados pessoais sensíveis de saúde, em particular no que concerne á recolha, acesso, análise e armazenamento dos dados? Não descrito.

11.4.- Está prevista, justificada e explícita a duração total de armazenamento dos dados sensíveis dos doentes? Não

11.5 – O perfil de dados de saúde sensíveis deste projecto de investigação pode considerar-se como constituindo um risco potencial de impacto na confidencialidade e privacidade dos participantes que seria recomendável pedir parecer ao Encarregado Geral de Protecção de Dados da ARSLVT? Não.

C) Justiça

12.- Identifica-se alguma forma de coação dos potenciais participantes no envolvimento na investigação? Não. Existe algum grau de dependência dos participantes em relação ao investigador? Não.

13.- Identifica-se alguma potencial forma de discriminação dos participantes neste estudo? Não

D) Não maleficência

14.- Quais os grandes riscos identificados nesta proposta de investigação? Identificação de não adesão terapêutica potencialmente perigosa sem assegurar o encaminhamento da situação.

15.- A investigação pode colocar os participantes face a um risco inaceitável? Não

E) Integridade

16.- O Investigador demonstra ter competências profissionais, experiência e/ ou formação em investigação? Sim.

17.- A equipa de investigação tem competências profissionais e experiência ou formação em investigação? Não aplicável.

18.- Os centros de estudo dispõem de condições materiais e humanas para o desenvolvimento da investigação? Sim.

19.- São identificados potenciais conflitos de interesse entre o investigador, a instituição e eventuais financiamentos externos? Não

20. Está formalmente prevista a publicação e/ ou divulgação do estudo? Sim.

21.- identifica-se a quem cabe a propriedade dos dados do estudo? Existem condicionantes à publicação dos resultados do estudo pelos investigadores? Não.

Custos, Financiamento e Recursos Humanos

A estimativa de custos é um passo importante para a valorização da investigação.

Não é possível realizar um trabalho de investigação sem que se despendam recursos humanos e materiais que representam um valor não só financeiro mas também um valor de investimento dos próprios investigadores e da sociedade, em geral. Estimar é, neste contexto, valorizar.

Estimativa ausente.

IV- Outros

Cronograma: Presente.

CV dos Investigadores: Presente.

Declaração dos Orientadores Pedagógicos: Presente.

Declaração dos responsáveis das Unidades de saúde: Presente.

Declaração do Diretor Executivo do ACES: Presente.

Previsão de custos financeiros para os ACES: Não estimados.

Compromisso de entrega de relatório final: Sim.

encontrados e, de acordo com estes, seleccionadas estratégias, elaborado um projeto como preparação da execução, execução e avaliação. (Imperatori & Giraldes, 1986). A informação será recolhida através dos instrumentos de recolha de dados enviados em anexo. As intervenções posteriores serão adaptadas às necessidades encontradas, mas incidirão principalmente em estratégia de educação para a saúde e promoção da mesma, que na literatura consultada como suporte teórico para a realização deste trabalho é a que apresenta melhores outcomes na promoção da adesão terapêutica.

Como sugerido no ponto 1 da conclusão do parecer foram reformulados o protocolo de investigação e o consentimento informado.

2 – Como população para este trabalho foi definida como uma lista de utentes da Unidade de Saúde Familiar de [REDACTED]. A lista seleccionada foi atribuída pela enfermeira em funções de chefia. À data de envio deste documento a lista é constituída por 1694 utentes, destes 361 com idade igual ou superior a 65 anos. Os critérios de inclusão destes 361 utentes na amostra serão:

- Pessoas com 5 ou mais medicamentos crónicos prescritos em Sclenic.
- Aceitem integrar o estudo.
- Principais gestores do seu regime medicamentoso
- Compreensão da língua Portuguesa

Somente após autorização para a consulta dos processos dos utentes, mais precisamente da listagem de medicamentos crónicos será possível definir com exatidão o tamanho da amostra. A única informação que o investigador necessitará de ter acesso será o número de medicamentos crónicos prescritos em Sclenic, dos utentes com 65 anos ou mais, da lista de utentes seleccionada, com contacto marcado na unidade de saúde durante o período de recolha de dados. O cálculo do tamanho amostral mínimo foi realizado utilizando a ferramenta Statcalc, sendo definido o tamanho amostral mínimo em aproximadamente 30% do total da amostra. O investigador sente segurança que este objetivo será concretizado.

3 – A amostragem será por conveniência. A recolha de dados será realizada entre 20 de setembro e 20 de outubro nas instalações da USF [REDACTED]. Este prazo poderá ser prolongado se não forem atingidos o número de entrevistas necessário. Todas as pessoas da lista de utentes seleccionada que tenham um contacto marcado na unidade de saúde durante o período definido para a recolha de dados e preencham os critérios de inclusão serão convidados a participar no estudo. Para isto serão revistos os agendamentos relativos à lista de utentes seleccionada, avaliando quais os utentes com idade igual ou superior a 65 anos que tenham 5 ou mais medicamentos prescritos como medicação crónica em Sclenic. Os restantes critérios de inclusão na amostra serão avaliados durante o convite para a participação no estudo. Este convite será realizado pelo investigador aquando do momento da efetivação da consulta (procedimento obrigatório a todos os contactos na unidade de saúde). Se o utente aceitar participar no estudo será realizada a recolha dos dados após o esclarecimento do estudo e a assinatura do consentimento informado. A recolha dos dados será realizada por entrevista, em local reservado, existindo gabinetes de enfermagem disponíveis

para o efeito onde será possível preservar a privacidade. Se não for possível a realização imediata da entrevista será agendada uma hora com o participante para a sua realização.

4 – Os critérios de inclusão na amostra são:

- Pertencerem a lista de utentes selecionada na USF [REDACTED]
- Terem idade igual ou superior a 65 anos
- Pessoas com 5 ou mais medicamentos crónicos prescritos em Sclinic.
- Aceitem integrar o estudo.
- Principais gestores do seu regime medicamentoso
- Compreensão da língua Portuguesa

5 – O investigador para a realização do estudo, além da informação que será recolhida durante a aplicação do questionário, necessita de acesso ao processo dos utentes com 65 anos ou mais, da lista selecionada, com contacto marcado na unidade de saúde durante o período de recolha de dados, mais precisamente à listagem de medicamentos crónicos, para avaliação do seu número. Todas as informações relativas aos utentes e os questionários serão alvo de um armazenamento minucioso. Os questionários e consentimentos serão armazenados no cofre da unidade, comprometendo-se o investigador a somente os manusear dentro das instalações da USF [REDACTED] reduzindo assim o risco de extravio de informação. No final do estudo que está previsto para fevereiro de 2020, todos os documentos serão destruídos com a ajuda de máquina trituradora de papel disponível na unidade com a presença de uma testemunha. Para a análise quantitativa dos dados recolhidos, que será realizada com o apoio da ferramenta SPSS®, será criada uma pasta protegida com password pessoal do investigador e intransmissível. Esta pasta ficará num computador da USF [REDACTED], e será eliminada no final do trabalho também na presença de testemunhas. De forma a garantir o anonimato, os consentimentos e os questionários não serão armazenados juntamente, estando os questionários numerados.

6 – Em caso de identificação de não adesão terapêutica que possa comprometer o estado de saúde do participante no estudo, este será encaminhado para a sua equipa de saúde.

Os custos associados à realização deste trabalho serão os seguintes:

- Papel de impressão para questionários e consentimento informado (20 Euros).
- Impressão de questionários, consentimentos e material de apoio (100 Euros).

O investigador estima a necessidade de cerca de 100 horas de trabalho para a avaliação da população, realização das entrevistas e análise dos dados recolhidos. A ferramenta de análise de dados SPSS® será disponibilizada pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Todos os custos associados a este estudo serão comportados pelo investigador.”

Após a sua análise subsistem as seguintes questões:

1. O investigador não conseguiu demonstrar satisfatoriamente o tamanho amostral necessário para garantir a validade dos resultados. Além disso, a utilização de uma amostra de utentes de apenas uma lista de utentes, de apenas uma unidade de saúde condiciona severamente a validade dos resultados atingidos e, por conseguinte, o valor social da investigação proposta;
2. O acesso à informação clínica constante do processo clínico dos utentes serve apenas e só para a prestação direta de cuidados de saúde aos mesmos. A sua utilização para investigação carece forçosamente de consentimento informado. Assim apenas após o seu consentimento pode o processo clínico ser consultado para fins de investigação.
3. Sugere-se clarificação do conceito medicamento crónico e em concreto a sua operacionalização na investigação.

Após o exposto, apesar de o estudo proposto evidenciar um limitado valor social, não se identificam questões éticas impeditivas da sua realização, uma vez modificado o procedimento de recrutamento de acordo com a questão n.2.

Respostas dos investigadores:

Em 10 de setembro de 2019 o investigador submeteu a seguinte resposta:

“A realização do trabalho denominado “Adesão Terapêutica na Pessoa Idosa Polimedicada em Contexto Comunitário” enquadra-se no âmbito académico, no mestrado de Enfermagem, área de especialização em Saúde Comunitária. Através da Metodologia do Processo de Planeamento em Saúde, pretendemos a “a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde, considerados como prioritários” (Imperatori & Giraldes, 1986, p. 23). Uma das fases do planeamento em saúde é o diagnóstico da situação, na qual é pretendido realizar um levantamento das reais necessidades da população em estudo.

Com a informação obtida, serão priorizados os problemas encontrados e, de acordo com estes, selecionadas estratégias, elaborado um projeto como preparação da execução, execução e avaliação. (Imperatori & Giraldes, 1986). A informação será recolhida através dos instrumentos de recolha de dados. As intervenções posteriores serão adaptadas às necessidades encontradas, mas incidirão principalmente em estratégia de educação para a saúde e promoção da mesma, que na literatura consultada como suporte teórico para a realização deste trabalho é a que apresenta melhores outcomes na promoção da adesão terapêutica.

Em resposta ao ponto 1 a amostra deixará de estar limitada aos utentes de uma lista de utente e abrangerá todos os utentes inscritos na USF / [REDACTED] que se incluam nos critérios de seleção acima referidos.

Como referido no ponto 2 o procedimento de recrutamento será alterado utilizando a sugestão do anterior parecer intermédio em que os diversos profissionais de Saúde da USF / [REDACTED] (que não o investigador) no decorrer da sua prática profissional identifiquem utentes que se enquadrem na amostra definida convidem os mesmos a participarem no projeto, sendo que se a resposta for positiva os utentes serão encaminhados para o investigador para esclarecimentos sobre o mesmo e assinatura do consentimento informado.

Como resposta ao ponto 3 foi adicionado no enquadramento do protocolo definição de medicamento crónico.”

Apreciação:

Após o exposto consideram-se satisfatoriamente respondidas as questões do anterior parecer. Mantendo-se o limitado valor social, não se identificam questões éticas impeditivas da sua realização, pelo que a Comissão propõe a emissão de um parecer favorável.

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar
20.09.2019

ANEXO V – SALA DE REUNIÕES USF A



